

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o 84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1896, à 1 heure

PAR

PIERRE ROYER

Né à Wassy (Haute-Marne), le 11 janvier 1870.

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Et de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis.



DES HÉMORRHAGIES

dans les cas d'Expulsion

D'ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS

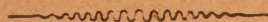


Président : M. PINARD.

Juges : MM.

{	HUMBERT, professeur.
	LETULLE, VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1896, à 1 heure

PAR

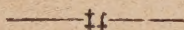
PIERRE ROYER

Né à Wa sy (Haute-Marne), le 11 janvier 1870.

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Et de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis.



DES HÉMORRHAGIES

dans les cas d'Expulsion

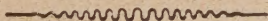
D'ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS



Président : M. PINARD.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{HUMBERT, professeur.} \\ \text{LETULLE, VARNIER, agrégés.} \end{array} \right.$

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N...
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	N...
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUD.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N...,

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RÉM7	WURTZ
DELBET.	MARFAN	RICARD	
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

Inaltérable amitié

A MES PARENTS

A MES AMIS

ET CAMARADES D'ÉTUDES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

AU DOCTEUR G. LEPAGE

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Accoucheur des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur



INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, nous fûmes à même d'observer une femme multipare, enceinte de cinq mois, qui présentait, immédiatement après l'expulsion de deux fœtus morts et macérés, une hémorrhagie de la délivrance, très grave. Cette hémorrhagie fut si considérable, que l'on dut recourir à un tamponnement intra-utérin très serré et aux injections sous-cutanées d'eau salée.

Ayant observé, peu de temps après, deux cas dans lesquels, à la suite de l'expulsion de fœtus morts et macérés, le même phénomène se produisit, notre attention fut attirée sur ces cas anormaux.

Comment pouvait-il y avoir hémorrhagie, alors que les fœtus étaient morts depuis un certain temps, dans la cavité utérine, et que la circulation utéro-placentaire devait être, par ce fait même, abolie?

Il nous parut intéressant de rechercher s'il n'y avait pas dans la littérature obstétricale des faits semblables,

et sur les conseils du docteur G. Lepage, qui suppléait à ce moment le docteur Bar à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, nous nous décidâmes à faire de ce sujet spécial, l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons été frappé du nombre très restreint d'observations antérieures.

C'est avec peine que nous en avons découvert trois ou quatre, dans les auteurs.

Aussi bien ce sujet présente-t-il une certaine importance, et il est bon, tout au moins, que l'accoucheur soit prévenu de ces faits, qui peuvent se présenter dans sa pratique.

Nous nous sommes efforcé avant tout dans ce travail, de prouver que ces hémorrhagies existent, en apportant, pour cela, le résultat de notre expérience personnelle, avec un petit contingent d'observations recueillies et rassemblées dans ce but.

Nous nous sommes moins attaché à en rechercher la pathogénie et le mécanisme intimes, pathogénie et mécanisme difficiles encore à préciser à l'heure actuelle.

Nous nous estimérons heureux, si dans la suite, ce modeste travail peut être de quelque utilité à ceux qui reprendront la question et y apporteront le fruit d'une expérience plus approfondie.

Le titre de notre thèse indique suffisamment que nous ne nous occuperons que des cas où l'enfant est mort depuis un certain temps, pendant la grossesse, dans la cavité utérine. Nous laisserons volontairement de côté

tous ceux, où, par suite d'une cause dystocique provenant de la mère ou du fœtus, ce dernier succombe pendant le travail de l'accouchement.

Les hémorrhagies qui surviennent dans les cas de putréfaction fœtale sont trop connues et trop bien étudiées, pour que nous nous y arrêtions. Qu'il nous suffise de dire ici, que leur mécanisme relève de phénomènes d'intoxication déterminant une paralysie de la fibre utérine et conséquemment une inertie complète de l'organe (1).

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'adresser ici l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance à tous nos maîtres dans les hôpitaux de Nancy et de Paris.

Nous n'oublierons jamais les trois années que nous avons passées, au début de nos études médicales, à la Faculté de Médecine de Nancy, où nous avons toujours rencontré des maîtres bienveillants et dévoués.

MM. Bernheim et Heydenreich, en particulier, chez qui nous avons accompli deux années d'externat nous ont initié à la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Nous sommes heureux de leur offrir, en cette occasion, nos marques de respectueuse sympathie.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. Hu-

(1) Leçon du Prof. Pinard à la Clin. Baudel. (7 nov. 1892).
In Bull. Médical, n° 98, année 1892.

tinel, Besnier, Chauffard, De Beurmann, soient assurés de nos hommages reconnaissants.

MM. Bar et Lepage, à qui nous devons nos connaissances particulières en obstétrique, nous ont donné maintes fois des preuves de bienveillante sollicitude.

Merci sincèrement au docteur Lepage qui a bien voulu nous aider dans notre tâche et ne nous a ménagé ni ses conseils ni son temps.

Monsieur le Docteur Porak, qui s'est mis si bienveillamment à notre disposition pour faciliter nos recherches, a droit également à toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Ch. Bouchard nous sommes heureux d'offrir, à l'occasion, nos marques de gratitude et de respect pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer durant les quatre années que nous venons de passer à la Faculté de Paris.

Enfin, que Monsieur le Professeur Pinard, veuille bien accepter l'expression de nos respectueux hommages pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION

Ce travail est divisé en quatre chapitres.

Dans *un premier chapitre*, après avoir défini et précisé ce qu'il faut entendre par macération fœtale, nous énumérerons sans commentaire les différentes opinions des auteurs relatives au sujet et nous rappellerons les modalités de la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré, les altérations locales du placenta expliquant l'absence habituelle d'hémorrhagie, dans ces circonstances.

Dans *un deuxième chapitre*, nous appuyant sur la statistique que nous avons faite de 1,002 expulsions d'enfants morts et macérés, nous établirons le degré de fréquence relative des hémorrhagies, qu'on peut observer dans des cas semblables.

Suit une série d'observations recueillies par nous à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu-annexe et à la chirurgie Baudelocque.

Un troisième chapitre sera consacré à l'étude des causes possibles et probables de ces hémorrhagies.

Les trois derniers articles réunis, auront trait au diagnostic, au pronostic et à la conduite à tenir dans ces cas particuliers.

CHAPITRE I

De toutes les altérations que peut offrir le fœtus mort, retenu dans la cavité utérine, dissolution, momification, putréfaction, la macération est la plus fréquemment observée.

Aujourd'hui, grâce à de nombreux travaux ayant trait à cette question, et en particulier à ceux de Lempereur (1), Sentex (2) et Ruge (3), nous connaissons l'histoire complète de cette modification physique éprouvée par le fœtus.

Nous ne voulons pas ici retracer le tableau anatomo-pathologique complet de cette altération spéciale, mais il est nécessaire cependant, afin de bien délimiter notre sujet, que nous sachions à quelle époque de la grossesse se produit la macération, et au bout de combien de temps les fœtus macérés sont généralement expulsés.

C. Ruge a élucidé cette question et il a conclu que

(1) Lempereur. Th. Paris, 1867.

(2) Sentex. Th. Paris, 1868.

(3) Ruge. Ueber den fœtus sanguinolentus. In Zeitsch. f. Geb. und Gynec, Vol. I. 1877.

ce n'est guère avant le cinquième mois que se produisent ces changements anatomiques.

Quant à la durée de la rétention du fœtus, elle est très variable, quinze jours en moyenne, mais elle peut aller jusqu'à soixante jours et même au terme normal de la grossesse, et au-delà.

Laissant donc de côté les cas où le produit de conception succombe, pendant les quatre premiers mois de la gestation, nous n'aurons à nous occuper dans notre travail que des expulsions de fœtus morts et macérés survenant depuis le cinquième mois, jusqu'au terme de la grossesse.

Avant cette époque, en effet, il n'est pas toujours possible de constater la mort du fœtus. Son diagnostic est parfois des plus délicats.

Les sensations révélées par le toucher sont trop peu distinctes pour qu'on puisse affirmer la mort, puisqu'il n'est même pas possible alors d'affirmer l'existence de la grossesse. La plus grande réserve est donc de rigueur.

Au contraire, à partir du cinquième mois, et plus on se rapproche du terme, plus le diagnostic de la mort du fœtus devient facile. Les symptômes locaux sont trop nets dans la plupart des cas pour laisser l'accoucheur dans le doute. L'absence de foyer d'auscultation, les renseignements donnés par la mère, la crépitation osseuse (Negri) due au chevauchement des os du crâne, la perception confuse des parties fœtales à tra-

vers la paroi, sont des signes qui renseigneront suffisamment sur l'accident survenu.

Ce n'est que depuis quelques années que l'attention a été portée sur les modalités anatomo-pathologiques et cliniques de l'accouchement et de la délivrance, dans le cas où le fœtus est mort et macéré.

Tous les auteurs anciens du ^{xvii}^e et du ^{xviii}^e siècles, Guilleméau (1550-1612), Portal (1675), Lamothe (1655-1737), Mauricéau (1637-1709), Leroux (1730-1792), Levret (1703-1780) en France ; Burton (1697-1771), Hamilton (1802) en Angleterre, ne relatent dans leurs ouvrages que des accouchements de fœtus morts, ne présentant rien de particulier.

Au commencement de ce siècle, C. Baudelocque, Gardien, Mmes Boivin et Lachapelle étudient la question des hémorrhagies de la délivrance, mais ne font aucune mention de la physionomie clinique spéciale que peut offrir l'expulsion du produit de conception mort, depuis un certain temps, dans la cavité utérine.

Les auteurs qui suivent, Dugès, Moreau, Paul Dubois, Velpeau, délaissent encore la question, ou plutôt envisageant tous les cas en bloc, les font rentrer dans l'étude générale qu'ils consacrent à l'avortement. Pour eux, l'hémorrhagie est d'ailleurs le symptôme capital et nécessaire de cet accident, que l'enfant soit mort ou vivant. C'est à peine même s'ils consacrent quelques lignes à la pathologie spéciale de la mort du produit de conception pendant la grossesse.

« L'enfant, dit Antoine Dugès (1), reste quelquefois plusieurs semaines et même plusieurs mois, quoique mort, dans le sein de sa mère. Ordinairement, le sang devenu inutile à sa nutrition, engorge l'utérus, détermine un état fluxionnaire, qui bientôt devient général. Cet état ranime ou remplace l'expansion ou l'activité circulatoire qui, dans l'utérus, s'étaient éteintes en grande partie avec le fœtus ».

Plus loin, parlant de la marche de l'avortement, il dit : « Les secondines ne sont pas toujours alors détachées complètement. Si elles le sont, elles sortent peu après le fœtus, sinon l'orifice interne et externe de la matrice se resserrent, l'utérus moins distendu se repose, et il faudra ensuite un nouveau travail, plus douloureux, plus long que le premier, pour que le placenta soit expulsé. Cette marche est constamment accompagnée d'un écoulement de sang considérable, qui cesse et reparait selon que l'utérus est en repos ou en activité ».

Si l'on s'est occupé depuis, de la rétention fœtale, ce n'est guère que pour indiquer minutieusement les diverses phases par lesquelles passe le cadavre de l'enfant, les transformations de ses tissus (Th. de Lempereur, 1867), les signes qu'on rencontre chez la mère, à la suite de la mort de son fruit, mais il n'est fait que peu mention de l'aspect clinique particulier que peuvent

(1) Dugès (A.) Manuel d'obstétrique, 1840, page 191. Art. Avortement. Montpellier.

revêtir l'expulsion et la délivrance dans ces cas particuliers.

L'anatomie pathologique prime absolument la clinique.

Cependant Plouvier(1), en 1852, avait déjà fait remarquer, dans sa thèse que « l'expulsion du fœtus mort est d'autant moins sanglante que ce dernier a succombé depuis plus longtemps. Le resserrement et l'oblitération des vaisseaux utéro-placentaires rendent suffisamment compte de cette circonstance ».

Lempereur (2) est le premier auteur qui, sur 27 observations d'expulsions d'enfants morts et macérés, citées dans sa thèse, en ait rapporté une avec hémorrhagie de la délivrance. La voici *in extenso* :

« Le 25 juin 1867, entre à la Clinique, lit n° 23, Constance R..., couturière, âgée de 23 ans, de bonne constitution. Elle a déjà eu un premier enfant, il y a quatre ans, à terme. Habituellement bien réglée, depuis l'âge de 16 ans, huit jours par mois, elle a vu pour la dernière fois à la fin du mois de janvier.

Cependant elle paraît enceinte de plus de cinq mois.

Les premières douleurs se montrèrent le 24 juin, à 4 heures du soir. La rupture eut lieu à 3 h. 10 du matin, et la terminaison à 3 h. et demie.

(1) Plouvier. Phénomènes et signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Th. Paris, 1852.

(2) Lempereur. Page 69. Th. Paris, 1867.

Le travail avait duré onze heures vingt. L'enfant était venu par le siège.

« *La délivrance dût être hâtée artificiellement pour arrêter une hémorrhagie qui devenait inquiétante.*

« L'enfant du sexe féminin, pesait 1,010 grammes, et était complètement macéré.

« Sa mort paraissait remonter à environ six semaines époque à dater de laquelle, la femme, ayant fait une chute violente dans un escalier, n'avait plus senti remuer son enfant. »

Tous les auteurs classiques qui ont repris et traité depuis lors la question de la mort du fœtus pendant la grossesse, sont unanimes à déclarer que, dans ces cas, l'accouchement et la délivrance n'offrent rien de bien particulier ; ils signalent presque tous, une tendance moindre à l'hémorrhagie où même l'absence complète de cette dernière. Ils ne parlent d'ailleurs de ces cas spéciaux que pour les faire rentrer, comme les auteurs précédents, dans le chapitre général de l'avortement.

C'est ainsi que Jacquemier (1), dans son article sur l'Avortement s'exprime ainsi : « L'avortement qui se prépare sous l'influence de la mort préalable du produit de conception est inévitable. Lorsque le travail d'expulsion se déclare, sa marche est rapide et régulière, sans douleurs très vives et sans grande expulsion

(1) Jacquemier. Art. Avortement. Dict. encyclop. des Sciences Médic., T. VII, p. 553.

de sang. Souvent l'avortement est déjà accompli qu'on suppose qu'il ne fait que commencer. »

Dans son traité d'accouchements, Nœgelé (1) fait observer que « lorsque l'œuf est mort depuis quelque temps, l'écoulement de sang est d'ordinaire beaucoup moins abondant, parce que la vitalité de l'utérus a déjà diminué. Dans ces cas, il ne se produit pas une séparation entre des tissus vivants, mais un simple décollement du placenta flétri, frappé de mort et faiblement adhérent. »

G. Devillers (2), dans un article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, dit que : « Pendant les 4^e, 5^e et 6^e mois, les symptômes et le mécanisme de l'avortement se rapprochent de plus en plus de ceux de l'accouchement prématuré et de l'accouchement à terme. A ces époques de la grossesse, l'hémorrhagie est cependant moins abondante en général que pendant les deux premiers mois.

Dans d'autres cas, au contraire, l'avortement ne s'accompagne pas d'hémorrhagie, mais seulement d'un écoulement sanguin très faible; ce sont ceux dans lesquels la mort du fœtus, a précédé le travail de plusieurs heures ou de plusieurs jours.

Cette mort entraîne, en effet, le ralentissement, puis

(1) Nœgelé et Grenser. Traité prat. d'Accouchement. Trad. Aubenas: 1869; p. 755.

(2) Devillers. Dict. Jaccoud, art. Avortement, T. IV, p. 317 Année 1866.

la cessation de la circulation des vaisseaux utéro-placentaires, lesquels se rétractent et s'atrophient. »

Cazeaux (1) commence à mieux préciser les faits. Il est plus explicite. « Lorsqu'il s'écoule un long temps, dit cet auteur, entre le moment où le fœtus a succombé et celui de son expulsion, l'hémorrhagie est en général moins à craindre que si l'expulsion prématurée avait eu lieu immédiatement. Le plus souvent même, il s'écoule moins de sang dans ces avortements que dans les accouchements qui surviennent naturellement après les grossesses les plus heureuses. Cela dépend probablement de ce que la mort du fœtus ayant fait diminuer l'activité de la circulation utérine, et surtout celle des vaisseaux utéro-placentaires, ces derniers sont oblitérés en grande partie et fournissent très peu de sang au moment où s'opère la séparation du placenta. »

Nous lisons d'autre part dans le traité d'Accouchements de Charpentier : (2) « L'expulsion du fœtus macéré ne présente rien d'insolite. Les phénomènes qui suivent l'expulsion régulière de l'œuf sont, à peu de chose près, ceux de l'accouchement à terme, mais d'autant moins accentués, que la grossesse est moins avancée.

(1) Cazeaux. Traité théor. et prat. de l'Art des Accouchements, Paris. Edit. 1883, Pages 341-929.

(2) Charpentier. Traité d'Accouchements, T. I, p. 1030-1057.

Cependant plus on se rapproche du 7^e mois, moins l'hémorrhagie est sérieuse. »

Bailly (Dict. Jaccoud, art. Fœtus, p. 47, t. XV, 1872), « n'a point à signaler dans la marche des phénomènes maternels de l'accouchement lorsque le fœtus a succombé, des particularités de quelque intérêt. »

« L'accouchement dans ces cas, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage (1) ne présente quelques particularités qu'au point de vue de la dilatation de l'orifice utérin et de la formation de la poche des eaux. La délivrance se fait généralement sans incident · l'écoulement sanguin est peu marqué. »

D'après Pinard (2), l'expulsion du fœtus macéré ne présente rien d'insolite. Il n'y a qu'une fréquence bien plus considérable des présentations du siège et du tronc. L'auteur se rallie entièrement à la manière de voir de Bailly.

Uminsky (3) dans une thèse faite sous l'inspiration du professeur Pinard, énonce les conclusions suivantes :

« 1. Quand le fœtus meurt, *après le quatrième mois*, l'expulsion se fait sans hémorrhagie. »

2. Quand le fœtus est mort, l'hémorrhagie qui

(1) Ribemont et Lepage. Précis d'Obstétrique, Paris 1895, p. 766.

(2) Pinard. Art. Fœtus, Dict. encyclop. des sciences de méd.. année 1878, 4^e série, T. II, page 546.

(3) Uminsky. Avortements sanglants et non sanglants. Th. Paris 1883.

accompagne, la délivrance est très faible. » Uminsky rapporte alors 5 observations d'expulsions de fœtus morts et macérés, avec délivrance non sanglante : « à peine quelques grammes de sang. »

Valentin (1) commentant les propositions énoncées par Pinard et Uminsky, va plus loin encore, et affirme que « l'hémorrhagie est souvent, et même presque toujours nulle pendant l'expulsion et pendant la délivrance,

« Dans toutes nos observations d'expulsion de fœtus macérés, nous avons constaté qu'il y a à peine un léger écoulement de sang mélangé avec les mucosités vaginales sous forme d'un liquide roussâtre.

Nous pouvons évaluer la quantité de sang qui s'écoule par la vulve à quelques grammes seulement. »

« Ces conclusions nous ont été fournies par l'examen de 230 observations. »

Le fait clinique particulier qui se dégage en définitive, de l'examen de toutes ces opinions, c'est que l'expulsion et la délivrance, dans les cas de fœtus mort et macéré, présente comme caractère spécial, l'absence complète ou presque complète d'hémorrhagie. Il y aurait là comme une sorte d'équation : Fœtus macéré. = Délivrance blanche.

Comment donc en somme expliquer cette absence d'hémorrhagie ?

(1) Valentin. Délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré, Th. Paris 1889.

Il nous faut rappeler, pour cela, l'anatomie pathologique du délivre dans ces cas particuliers, étude qui a été très bien faite par Valentin Desormeaux, dans sa thèse, faite en 1889, sous l'inspiration du P^r Pinard. Lorsque le fœtus est vivant et que l'accouchement a lieu à terme, il y a dans le deuxième temps de la délivrance (expulsion du délivre hors de l'utérus) expulsion complète de la caduque utérine et de la caduque ovulaire, soudées intimement entre elles depuis le troisième mois de la vie intra-utérine. Puis les vaisseaux utéro placentaires tirillés et déchirés laissent alors le sang s'épancher librement dans la cavité utérine.

Dans le cas de fœtus mort et macéré, il est de règle que la caduque se déchire, s'évacue par lambeaux et qu'il en reste quelques débris, sinon, la totalité, dans l'utérus. Cette rétention de la membrane caduque est la caractéristique de la délivrance dans ces cas. Si l'on examine un œuf de fœtus macéré du côté de la caduque, c'est à peine si l'on en trouve quelques lambeaux au pourtour du placenta; ces débris présentent ordinairement une teinte rougeâtre et constituent une pulpe mince et sans adhérence. Quelquefois même, mais bien plus rarement, il y a aussi rétention de l'amnios et du chorion.

C'est ainsi que sur 24 observations recueillies et citées par Pacaud (1), l'auteur a noté :

(1) Pacaud. Conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort. Th. Paris 1887.

23 fois rétention de la caduque.

3 fois rétention du chorion.

1 fois seulement rétention de l'amnios.

Or, la mort du fœtus, *in utero*, quelle qu'en soit la cause, n'est pas sans entraîner au bout d'un certain temps de séjour du produit dans l'utérus, des modifications dans la circulation des parois utérines et des annexes. Moreau est le premier qui ait attiré l'attention sur ce fait et l'ait édifié en théorie :

« Dès que le fœtus a succombé, il survient dans la circulation de l'utérus des changements nécessités par la cessation de la circulation fœtale. Ordinairement, la circulation utéro-placentaire cesse d'avoir lieu. Le sang arrêté dans les vaisseaux s'y coagule ; ceux-ci se resserrent, s'oblitérent même. Il n'arrive plus à la matrice que le sang nécessaire à sa nutrition. »

Le placenta ne reste pas étranger aux modifications qui surviennent dans l'œuf. Le plus ordinairement, il se décolore, diminue de volume, se ratatine pour ainsi dire, parce qu'il reçoit moins de sang.

Une fois expulsé, sa face utérine présente une couleur grisâtre, un peu blanchâtre par places. L'organe n'est plus vasculaire. Les cotylédons sont dans tous les cas plus friables, car les villosités choriales ont subi pour la plupart la dégénérescence granulo-graisseuse et les caillots sont très peu abondants, le plus souvent même absents, sauf lorsqu'il y a eu albumi-

nurie pendant la grossesse (placentas brightiques de Pinard).

Cet arrêt circulatoire produit également des lésions du côté du cordon et des autres membranes (chorion, amnios). Le cordon se boursoufle, s'infiltre, devient mollassé. Il prend une teinte rouge noirâtre, ardoisée.

Les vaisseaux sont atteints d'endartérite et de phlébite, et consécutivement sont oblitérés.

Les membranes n'offrent ordinairement aucune particularité digne d'être notée. Cependant la caduque qui, comme nous l'avons dit, est toujours retenue dans l'utérus, est épaisse, tomenteuse. Ses vaisseaux étant sclérosés, il en résulte en définitive une dégénérescence complète de la membrane qui est très friable.

Toutes ces lésions de dégénérescence et de sclérose, nous expliquent suffisamment l'absence habituelle d'hémorrhagie pendant ou après la délivrance, dans les cas où le fœtus est mort et macéré, et si nous nous reportons, en dernière analyse, à la statistique fournie par Valentin Desormeaux (1), qui s'est occupé spécialement de la question, nous constatons, qu'en effet, sur les 230 cas d'expulsions de fœtus macérés, tirés des Bulletins cliniques de la Maternité de l'hôpital Lariboisière, et cités par lui, nous n'en trouvons pas un seul qui ait présenté une hémorrhagie au moment de la délivrance.

(1) Valentin Desormeaux. Th. Paris, 1889.

En résumé, il résulte de cet exposé historique que presque tous les auteurs considèrent comme exceptionnelle, si même elle existe, l'hémorrhagie dans les cas d'expulsions d'enfants, morts, depuis un certain temps dans la cavité utérine.

CHAPITRE II

Si les opinions des auteurs, cités plus haut, sont si unanimement concluantes en faveur de cet aspect clinique spécial, habituel, de l'accouchement et de la délivrance, dans les cas de fœtus mort et macéré, il en est cependant quelques-unes qui sont plus restrictives et moins catégoriques.

C'est ainsi que Ouimet (1), dans sa thèse (thèse pour le concours de l'Université Laval à Montréal), envisageant, il est vrai, le cas particulier d'insertion vicieuse du placenta, s'exprime ainsi : « On pensait autrefois avec Moreau que, le fœtus mort, il se produisait, dans l'utérus, une cessation de circulation utéro-placentaire, un arrêt de l'hémorrhagie lorsqu'il existait en même temps un placenta prævia, par exemple. Des faits cliniques sont venus démontrer que l'hémorrhagie peut se produire dans ces cas, malgré que le fœtus soit mort et macéré » et l'auteur cite des observations où le fait clinique s'est présenté.

(1) Ouimet. Hémorrhagies dans le cas de placenta prævia, lorsque le fœtus est mort et macéré. Union Médicale du Canada, n° 6, 1896.

Nous rapportons d'ailleurs, plus loin deux de ces observations.

Depaul (1), lui-même, avait déjà déclaré la théorie de Moreau inadmissible pour un certain nombre de cas : « J'ai observé, dit-il, plusieurs exemples d'hémorragie par insertion vicieuse, quoique l'enfant fût manifestement mort depuis longtemps. »

Il est des exemples, comme celui de Thomson, où, malgré la momification du fœtus, une hémorragie se produisit.

S'il peut y avoir hémorragie dans ces cas, pourquoi ne pourrait-il en être de même, lorsque le placenta est normalement inséré? La situation du placenta, dans l'utérus, toutes choses égales d'ailleurs, ne peut avoir, il nous semble, aucune influence sur la non production ou l'apparition de ce phénomène.

Carl Liebman (2), dans un « Mémoire sur la Rétention des fœtus morts dans la matrice », après avoir étudié les causes qui peuvent entraîner cette rétention, dit que : « le plus souvent, dans ces cas, les rapports du placenta du fœtus momifié, avec l'utérus, sont purement mécaniques et non pas organiques. L'accouchement se fait alors sans aucune complication.

Cependant, dans certains cas exceptionnels, le pla-

(1) Depaul. Cité par Ouimet. Un. Méd. Canada, n° 6, 1896.

(2) C. Liebman. Beitrag zur Frage von der Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutter (Beit zür. Geb. und Gynœk. T. III. fasc. I. 1874).

centa du fœtus macéré reste en relation organique avec l'utérus. La marche de l'accouchement n'est plus la même. L'expulsion peut alors s'accompagner d'hémorrhagies plus ou moins considérables. »

Enfin, MM. Tarnier et Budin (1), dans leur Traité d'Accouchements et Budin, dans ses Leçons de Clinique obstétricale, parlant de l'accouchement et de la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré, sont d'avis que la délivrance n'offre rien de particulier.

« *Notons cependant, dit Budin, que les hémorrhagies ne sont pas rares, dans ces circonstances.* Notons surtout que, dans un certain nombre de cas, l'œuf est expulsé sans la caduque qui demeure en totalité, ou en partie, dans la cavité utérine. Cette caduque est souvent épaissie, tomenteuse, grisâtre et s'élimine spontanément, soit en bloc, soit par grands lambeaux dans les jours qui suivent la délivrance. »

Budin (2) rapporte une observation de ce phénomène, mais ne donne aucune explication sur le mécanisme possible et probable de ces hémorrhagies.

Ainsi, nous pouvons dire, déjà, dès maintenant que l'expulsion des enfants morts et macérés, et la période de délivrance consécutive, peuvent s'accompagner d'un écoulement sanguin.

(1) Budin. Obstétrique et Gynécologie. Paris, 1889. I. 8. Tarnier et Budin. Traité d'Accouchements, T. II, p. 377.

(2) Budin. Observat. I. Chapitre LI, p. 625. Obst. et Gynécol.

Mais nous savons, d'autre part, qu'il existe une hémorrhagie de la délivrance, dite physiologique. Il y a hémorrhagie dans tous les cas, mais plus ou moins abondante, le sang provenant des sinus utéro-placentaires et offrant plutôt les caractères du sang veineux.

Guyon a démontré, que la quantité de sang, perdu par une femme pendant la délivrance la plus normale, peut être évalué à 250 - 300 gr., chiffre accepté par les professeurs Tarnier et Pinard.

Puisque nous avons vu que cet écoulement de sang, même physiologique, est, de l'avis de la plupart des auteurs, d'une extrême rareté et même absent pendant la période de délivrance qui suit l'expulsion des fœtus macérés, nous aurons ainsi à envisager simultanément, les cas où l'on a pu observer cet écoulement physiologique et ceux dans lesquels, par sa durée anormale et son retentissement sur l'économie de la mère, l'hémorrhagie a pu devenir un phénomène pathologique (hémorrhagie de la délivrance).

Quel est donc, en définitive, le degré de fréquence de ces hémorrhagies ?

Pour établir cette proportion, il nous fallait recourir à l'observation d'un grand nombre d'expulsions et nous baser sur une statistique assez considérable.

Grâce à l'extrême obligeance du docteur Porak, que nous sommes heureux de remercier ici publiquement, nous avons pu établir une première statistique basée sur 680 cas d'expulsions de fœtus morts et macérés,

observés depuis l'année 1883 jusqu'à l'année 1894, soit un total de 12 ans, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis et Lariboisière (Service Porak). Sur ces 680 expulsions nous relevons :

1) 18 *Expulsions sanglantes* avec délivrance naturelle.

Hôpital Saint-Louis Numéros des observations

Année 1883 Nos 210, 380.

Année 1884 Nos 577, 599 bis, 707, 713,
725, 903, 976.

Année 1886 Nos 402, 454.

Année 1888 Nos 191, 210, 500.

Hôpital Lariboisière Numéros des observations

Année 1890 N° 397.

Année 1892 N° 453 (1).

Année 1893 Nos 494, 1,402.

2) 9 *Expulsions* ayant nécessité la délivrance artificielle pour hémorrhagie.

Hôpital Saint-Louis Numéros des observations

Année 1884 N° 767.

(1) N° 453. Femme multipare, albuminurique amenée de la ville, avec hémorrhagie. 300 gr. de caillots expulsés en même temps que la délivrance. Eclampsie. Fœtus mort et macéré.

N.-B. — Rien d'autre spécifié dans cette observation.

<i>Année</i> 1887	N ^o 174.
Hôpital Lariboisière	Numéros des observations
<i>Année</i> 1890	N ^o 1,131.
<i>Année</i> 1891	N ^o 809.
<i>Année</i> 1892	N ^o 1,034.
<i>Année</i> 1893	N ^{os} 494, 1,402.
<i>Année</i> 1894	N ^{os} 297, 1,272.

3) 2 *Hémorrhagies secondaires* par rétention de la caduque.

Hôpital Lariboisière	Numéros des observations
<i>Année</i> 1889	N ^o 98.
<i>Année</i> 1890	N ^o 807.

— Une seconde statistique, comprend le relevé de 42 expulsions de fœtus morts et macérés, observées par nous à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, depuis le 1^{er} août 1895, jusqu'au 1^{er} février 1896, soit un semestre entier.

Sur ces 42 cas d'*expulsions*, nous avons noté :

3 fois une hémorrhagie de la délivrance ayant nécessité la délivrance artificielle.

	Numéros des observations
<i>Année</i> 1895	N ^{os} 855, 868.
<i>Année</i> 1896	N ^o 55.

Dans un cas, il s'agissait d'une grossesse gémellaire de 5 mois. Les deux fœtus étaient macérés.

Nous rapportons d'ailleurs plus loin ces 3 observations.

— Enfin une troisième statistique a été établie par

nous, d'après les Registres de la clinique Baudelocque, que M. le professeur Pinard a bien voulu mettre à notre disposition pour la circonstance. Nous tenons à lui adresser ici, à cette occasion, nos plus vifs remerciements, ainsi qu'à Mlle Roze, sage-femme en chef.

Cette statistique comprend 5 années consécutives, depuis l'année 1891, jusqu'à l'année 1895 inclus (1).

Pendant ces 5 années, il a été observé 280 expulsions de fœtus macérés avec :

1) 14 *Expulsions sanglantes*, délivrance naturelle.

Numéros des observations

Année 1891 N^{os} 1,325, 1,470.

Année 1892 N^{os} 320, 500, 1,241, 1,345.

Année 1893 N^{os} 400, 1,482, 1,782.

Année 1894 N^{os} 253, 2,010.

Année 1895 N^{os} 810, 855, 1,912.

2) 4 *Expulsions* ayant nécessité la délivrance artificielle pour hémorrhagie.

Numéros des observations

Année 1892 N^o 1,707.

Année 1895 N^{os} 649, 1,095, 1,152.

Si nous calculons maintenant, d'après ces différentes statistiques réunies, le degré de fréquence et la

(1) On pourra trouver un résumé de ces observations dans le « Fonctionnement de la Clinique Baudelocque », publié chaque année, à Paris, chez Steinheil.

proportion des hémorrhagies, dans les cas qui nous occupent, nous trouvons, en somme, que sur un total de : 1,200 *Expulsions* :

32 de ces expulsions ont été accompagnées ou suivies de l'écoulement sanguin physiologique, et 16 ont nécessité la délivrance artificielle, pour une hémorrhagie qui menaçait de devenir inquiétante.

Nous arrivons, en définitive, à une proportion de :

- 1) 3,1 pour 100 d'expulsions sanglantes,
délivrance naturelle.
- 2) 1,4 pour 100 d'expulsions avec délivrance artificielle.

En réunissant tous ces cas, on obtient, totalement, une proportion de :

4,7 pour 100 d'expulsions sanglantes. Cette proportion, quoique peu élevée, n'en est pas moins intéressante à relever. Elle prouve manifestement, que si l'expulsion d'un fœtus mort depuis un certain temps, in utero, est synonyme ordinairement de délivrance blanche, il faut cependant compter, dans un certain nombre de cas, avec un écoulement sanguin d'allure physiologique, ou même devenant un phénomène pathologique, sinon par son abondance, du moins par sa durée anormale et son retentissement possible sur l'état général de la mère.

OBSERVATIONS

Remarque. — Il nous a paru inutile de relater ici les 32 observations d'expulsions sanglantes ou l'on a pu observer une hémorrhagie physiologique au moment de la délivrance. Nous rapportons seulement les cas les plus intéressants (17), ceux surtout où l'écoulement sanguin a pu présenter un aspect clinique anormal par sa durée ou son abondance et nécessiter parfois la délivrance artificielle. Si toutefois le lecteur désirait connaître ces observations omises à dessein, il n'aurait qu'à se reporter aux numéros indiqués en regard de chacune de nos trois statistiques et qui le renverraient aux numéros correspondants des registres des différentes maternités.

OBSERVATION I

Extraite de la Thèse de Pacaud (Service Budin, Charité)

Enfant mort et macéré. — Rétention d'une partie de la caduque. — Inertie utérine et hémorrhagie après la délivrance.

Qu... Marie, 27 ans, cigarière. Primipare.

Entrée le 25 décembre 1886, salle Sainte-Marie.

Réglée à 18 ans.

Dernières règles : 8 juin 1886.

Epoque présumée de la grossesse : 5 mois et demi.

Premières douleurs le 26 déc. 1886 à 10 h. du matin.

Dilatation complète à 10 heures du soir.

Rupture artificielle des membranes.

Terminaison spontanée le 26, à 10 h. 15'. Sommet.

Délivrance naturelle à 10 h. 50' du soir.

Liquide amniotique chocolaté, sans odeur.

La mort du fœtus paraît remonter à trois semaines ou un mois.

Les os du crâne sont très malléables et laissent entre eux des intervalles inégaux.

Cette tête, très allongée et très déformée, n'avait pu être diagnostiquée.

Le placenta pèse 210 gr. et le fœtus 570 gr.

Il manque une partie de la caduque.

La rétraction de l'utérus se fait très mal après la délivrance. Il se développe à plusieurs reprises, en même temps qu'il se produit un écoulement sanguin, et il s'accumule des caillots dans la cavité utérine.

On fait à cette femme deux injections intra-utérines avec du sublimé au 1/2000 et plusieurs injections vaginales très chaudes. On maintient le fond de l'utérus pendant deux heures environ.

A minuit, l'écoulement a complètement cessé.

Sortie le 6 janvier en bon état.

Réflexion. — Cette observation est un bel exemple d'hémorrhagie de la délivrance par défaut de rétraction de l'utérus.

OBSERVATION il

(Extraite de la Thèse de Pacaud, Service Budin, Charité)

G... Mélanie, 27 ans, cuisinière.

Entrée le 20 décembre 1886, salle Sainte-Marie.

Deux fausses couches antérieures à 6 mois et demi avec expulsion de fœtus macéré.

Réglée à 13 ans.

Dernières règles du 1^{er} au 8 avril 1886.

Elle a senti remuer son enfant dans les derniers jours du mois d'août.

Pas de syphilis avouée.

Les douleurs débutent le 21 décembre à 8 h. du soir ; toutes les 10 minutes au début, elles se rapprochent de plus en plus.

A deux heures et demie, le col est effacé et ouvert.

La dilatation est de 6 à 7 centimètres.

La rupture de la poche des eaux est spontanée et le fœtus est rapidement expulsé. Il est macéré.

Cette expulsion est suivie d'une assez grande quantité de liquide noirâtre, fétide et paraissant résulter du mélange du sang avec le liquide amniotique.

Dix minutes après cette expulsion, la femme perd du sang.

L'utérus est mou, inerte et ne se rétracte que sous l'influence d'injections chaudes répétées.

A 3 h. 10' la délivrance se fait naturellement.

Le placenta est circulaire, très gros, entier.

Le cordon est dur, œdématié et présente une coloration rouge.

Le chorion et l'amnios sont facilement séparables. La caduque manque en grande partie et des lambeaux de cette membrane épaisse, jaunâtre, sont expulsés le lendemain.

Sur le bord du placenta existent des traces d'une hémorrhagie, reconnaissables à un dépôt fibrineux stratifié qu'on trouve sur le pourtour dans une étendue de un à deux centimètres.

Réflexion. — L'écoulement sanguin semble encore avoir été, dans ce cas, sous la dépendance d'un défaut de rétraction de l'utérus.

OBSERVATION III

(Extraite du Livre de Budin : Obstét. et Gynécol. p. 625)

Fille macérée. Délivrance naturelle, mais hémorrhagie de 600 à 700 grammes de sang.

On fit quelques frictions sur l'abdomen. On donna du seigle ergoté et l'hémorrhagie s'arrêta.

Le placenta offrait, par places, à sa surface utérine, l'aspect crétacé.

Mort probable du fœtus, 28 novembre.

Accouchement : 10 décembre.

OBSERVATION IV

(Tirée des Registres d'Accouchements de la Maternité,
de l'Hôpital Saint-Louis, année 1883.

N^o 210. — Service de Porak. — Inédite.

W., Amélie, 34 ans, cartonnrière.

Entre le 3 juin 1883, à 11 heures du matin, à la salle
d'accouchements.

Multipare. 4 accouchements antérieurs.

Réglée à 15 ans, régulièrement pendant 4 jours.

Dernière apparition des règles : 12 novembre 1882.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois.

Apparition des premières douleurs : le 5 juin à 1 h.
du matin.

Rupture spontanée des membranes, le 5 juin à 4 h.
et demie du soir.

Dilatation complète à 4 heures un quart.

Terminaison naturelle à 5 heures du soir.

Sommet : O I G A.

Fille macérée du poids de 1445 grammes.

Délivrance naturelle.

Poids du placenta : 490 grammes.

Membranes intactes.

Liquide amniotique verdâtre.

Environ une heure après l'expulsion, cette femme eut
tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. On dut
introduire la main dans l'utérus pour en retirer les
caillots. La perte de sang fut évaluée à 780 grammes.

Une injection chaude fut faite dans le vagin ainsi qu'une piqûre d'ergotine qui, avec des compresses froides sur la face interne des cuisses et la vulve, arrêterent immédiatement l'hémorrhagie.

Réflexion. — Nouvel exemple d'inertie utérine ayant amené une hémorrhagie au moment de la délivrance.

OBSERVATION V (Inédite)

(Service de Porak, Maternité de Saint-Louis, N° 380,
Année 1883)

P..., femme M..., 26 ans, lingère.

Entre à la salle d'accouchements le 31 août 1883.

Multipare : 3 accouchements antérieurs à terme.

Réglée régulièrement pendant 6 jours.

Dernière apparition des règles : 26 décembre 1882.

Epoque présumée de la grossesse : 8 mois.

Apparition des premières douleurs : 31 août à 8 heures du soir.

Dilatation complète le 31 août à 7 heures du soir.

Rupture artificielle des membranes le 31 août à 7 heures 15' du soir.

Terminaison naturelle : 31 août, à 7 h. 25' du soir.

Fille macérée pesant 2200 grammes.

Placenta pesant 605 grammes.

Siège complet : S I G A.

Délivrance naturelle.

Membranes déchirées. Rétention de la caduque.

Hémorrhagie après la délivrance. On donne 2 gr. de seigle ergoté et l'hémorrhagie s'arrête.

OBSERVATION VI

(Service de Porak. Maternité de Saint-Louis).

Année 1886, inédite; n° 402.

R... M... 28 ans, couturière. Entre le 12 août 1886, à 9 heures du matin à la salle de travail.

III pare : 2 accouchements antérieurs, prématurés, le dernier à 8 mois : enfant mort et macéré.

Réglée à 14 ans, régulièrement, pendant 4 jours.

Dernière apparition des règles : 6-9 janvier 1886.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois.

Apparition des premières douleurs, le 12 août, 1886, à 6 h. du matin.

Rupture artificielle des membranes, à la dilatation complète, le 12 août à midi et demi.

Terminaison spontanée, le 12 août à 1 h. du soir.

Sommet : O I D A. Délivrance naturelle.

Fille macérée pesant 1410 gr.

Placenta pesant : 370 gr. La caduque manque en partie.

Liquide amniotique verdâtre. Pas de syphilis avouée.

Forte hémorrhagie immédiatement après la délivrance.

Le sang n'a pas été recueilli; mais deux draps et une alèze ont été imbibés.

Deuxième hémorrhagie trente minutes après la première. Un drap et une alèze imbibés.

Deux injections intra-utérines sont faites après la première hémorrhagie et une injection après la seconde.

OBSERVATION VII

(Service de Porak. Maternité de Saint-Louis.)

Année 1884, inédite, n° 767.

Fœtus mort et macéré. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.

B... E... 23 ans, marchande de vins. Entre le 17 juin 1884, à 3 h. du soir à la salle d'accouchements.

Primipare : réglée à 15 ans, régulièrement pendant 6 jours.

Syphilis pendant la grossesse.

La malade porte actuellement des plaques muqueuses interdigitales. Traitée par le mercure.

Apparition des premières douleurs le 17 juin, à 3 h. du soir.

Rupture des membranes, artificielle à la dilatation complète, le 17 juin à 5 heures du soir.

Terminaison naturelle le 17 à 6 h. 30.

Sommet : O I G A.

Délivrance artificielle.

Garçon macéré du poids de 1030 gr.

Poids du placenta : 480.

La malade ne sentait plus remuer son enfant depuis trois semaines.

Les seins, à la pression, laissent sourdre du lait.

L'expulsion est normale, mais, aussitôt après, se déclare une hémorrhagie assez abondante et la délivrance ne se fait pas.

La femme perd beaucoup de sang.

De légères tractions sont faites sur le cordon, qui, étant très infiltré, se rompt facilement.

On doit alors faire la délivrance artificielle.

La main est introduite à deux reprises dans l'utérus.

Le placenta, très friable, se déchirait facilement. Néanmoins tout est retiré : placenta et membranes.

Une injection chaude intra utérine est administrée immédiatement, et l'hémorrhagie s'arrête.

Le lendemain, état général satisfaisant.

Réflexion. — L'écoulement sanguin a été produit et entretenu, dans le cas particulier, par une anomalie dans le mécanisme physiologique de la délivrance : défaut de décollement placentaire.

OBSERVATION VIII

(Extraite de la thèse de Genesteix (1). (Obs. XV.)

Avortement de 6 mois. — Enfant macéré.

Femme Z..., 24 ans. Couturière. Primipare. Entre le 13 mars, 1884, à la salle Sainte-Marie (Charité).

Hémorrhagie survenant au moment de la terminaison de l'expulsion et pendant la délivrance qui s'effectue un quart d'heure après.

OBSERVATION IX

(Extraite de la thèse de Reimonenq (2). (Obs. XII.)

Marie Fed..., 23 ans. Primipare.

(1) Genesteix. Traitement des avortements. Th. Paris, 1886.

(2) Reimonenq. Influence de la syphilis sur la grossesse. Th. Bordeaux 1885.

Entre à l'hôpital le 1^{er} juillet 1883, avec une syphilis datant d'une année.

Elle expulse le 4 juillet un fœtus de 6 mois, mort et macéré.

Hémorrhagie après l'expulsion. Délivrance artificielle.

Suites de couches normales.

OBSERVATION X

Extraite des registres de la maternité de l'hôpital de Saint-Louis. Année 1895. Personnelle.

(Service du D^r Lepage), n° 868.

Fœtus mort et macéré. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.

Clémentine F..., 28 ans, domestique, bonne constitution.

V pare. Réglée à 12 ans, irrégulièrement.

Dernière apparition des règles : 12 avril 1895.

Epoque présumée de la grossesse : 6 mois.

Entre à la salle d'accouchements le 20 octobre 1895, à 1 h. 30 du matin.

A. H. — Père et mère morts de...

2 sœurs dont l'une a 8 enfants très bien portants.

A. P. — Aucune maladie antérieure, ignore si elle a été élevée au sein ou au biberon.

4 grossesses antérieures.

2 janvier 1886. Accouchement spontané, à terme.

Fille vivante.

8 avril 1887. Accouchement spontané, à terme.

Garçon vivant, mort à deux mois.

Ces deux enfants sont du même père, mort de tuberculose, en juillet 1888.

23 avril 1893. Accouchement prématuré à 7 mois et demi. Enfant né vivant, mort aussitôt après sa naissance.

Pendant cette grossesse, la malade dit avoir fait une chute sur la glace, au mois de février.

29 mars 1894. Accouchement spontané, à terme. Garçon vivant, mort à 2 mois.

20 octobre 1895. La malade entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis (salle de travail) à 1 h. 30 du matin, enceinte de six mois.

Les premières douleurs ont apparu le 19 octobre, à midi.

A son entrée, on constate, au toucher, une dilatation = 5 francs ; poche des eaux intacte.

A 2 h. 25 du matin, la dilatation étant complète, on pratique la rupture artificielle des membranes.

L'enfant se présente en siège complet : S I G A.

A 2 h. 40, accouchement spontané d'un fœtus, macéré depuis environ 10 jours.

Les deux pieds de l'enfant se présentent à la fois, à l'orifice vulvaire.

L'épaule droite est en rapport avec le pubis. L'épaule gauche est dégagée, puis l'enfant est rapidement expulsé.

C'est une fille macérée, pesant 1200 gr. d'une longueur totale = 40 cm.

L'accouchement est suivi d'une hémorrhagie.

3 h. un quart. On fait une injection vaginale très chaude. Le placenta n'est pas expulsé.

3 h. 30. La parturiente perd toujours du sang,

Le placenta est en partie dans le vagin et se présente par sa face utérine.

4 h. On pratique le toucher intra utérin et l'on trouve le placenta encore adhérent au fond de l'utérus et à droite.

On décide d'achever le décollement du placenta.

La main introduite dans l'utérus, décolle la portion de placenta adhérente et extrait le délivre.

Il est très friable et déchiqueté. A l'examen, il paraît incomplet.

L'écoulement sanguin continuant, mais moins fort, on introduit à nouveau la main dans l'utérus, et l'on détache encore deux cotylédons. L'hémorrhagie cesse.

Le chorion et l'amnios manquent en partie. La caduque est totalement absente.

Poids du placenta : 230 gr.

Il semble qu'il reste encore un peu de placenta dans l'utérus.

Injection intra utérine de 10 litres de solution de biborate de soude.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI

Extraite des registres de la maternité de Saint Louis.
N° 855, année 1895. — Personnelle. (Service du Docteur Lepage).

Syphilis. Enfant macéré. Hémorrhagie de la délivrance. Délivrance artificielle.

J. A... 26 ans, artiste lyrique, bonne constitution.
Primipare réglée à 16 ans, toujours régulièrement.
Dernière apparition des règles : 26-31 janvier 1895.
Epoque présumée de la grossesse : 8 mois et demi.
Entre à la salle de travail le 14 octobre 1895 à 11 h. du soir.

A. H. — Père mort à 55 ans de tuberculose, mère vivante en bonne santé, 3 frères et 4 sœurs en bonne santé.

A. P. — Elevée au sein.

Variole à l'âge de 7 semaines. Aucune autre maladie pendant l'enfance. Mari bien portant.

Depuis 3 ans, la malade se plaint d'éprouver des céphalalgies fréquentes. Elle perd ses cheveux.

Il y a 6 semaines, elle a eu un œdème de la grande lèvre gauche. Elle entre dans le service de M. Tenneson qui constate, en outre, des plaques muqueuses à la vulve et dans la gorge.

Il y a 4 semaines, apparition de syphilides palmaires et plantaires, qui s'effacent aujourd'hui.

On constate une syphilis pigmentaire du cou.

La malade prétend que son mari est sain. Elle est mariée depuis 5 ans.

14 octobre 1895. Elle entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis à 11 heures du soir.

Examen obstétrical. Hauteur de l'utérus : 37 c., au palper : dos à gauche, siège au fond de l'utérus, tête en bas, engagée. A l'auscultation : absence complète de battements du cœur fœtal.

La malade dit ne plus sentir remuer son enfant depuis 10 jours.

Au toucher : col court, largement ouvert. Membranes entières. Sommet engagé.

Contractions assez éloignées, mais énergiques.

4 h. du matin, même état du col.

6 h. 45. Dilatation : pièce de 1 fr.

9 h. Dilatation : pièce de 2 fr.

11 h. Même dilatation.

3 h. Dilatation : 5 fr.

4 h. 15. Dilatation complète. La parturiente commence à faire des efforts d'expulsion. Les membranes sont à la vulve. On les rompt, il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique de couleur brune.

La tête apparaît à la vulve. Il y a un chevauchement considérable des pariétaux.

5 h. L'expulsion du fœtus se fait en gauche antérieure. Elle est assez lente, bien que la malade fasse des efforts expulsifs énergiques. Garçon macéré pesant 3050 gr.

5 h. un quart. — La malade perd du sang ; cependant l'utérus se contracte.

5 h. 30. — La malade perd toujours, injection vaginale chaude.

5 h. 45. — Le placenta ne se décolle pas, l'hémorrhagie continue, sans cependant être inquiétante.

6 h. soir. — La malade perd davantage. L'utérus est mou; injection vaginale d'eau très chaude.

Le placenta ne se décolle toujours pas. A la suite de l'injection, expulsion d'un caillot volumineux.

L'hémorrhagie continue.

On fait de légères tractions sur le cordon, combinées à l'expression utérine.

Le placenta ne sort pas.

Au toucher, *on ne constate pas de déchirure du col*. Le doigt sent le fond du placenta, mais, si haut que l'on remonte, en suivant le cordon, il est impossible d'atteindre son insertion sur le placenta.

L'écoulement sanguin continue. Le pouls est plus faible et plus rapide.

La malade se plaint d'étourdissements. 6 h. 20 soir, on pratique la délivrance artificielle.

La main introduite dans l'utérus, sent une partie du placenta libre, avec les membranes flottantes.

Le placenta est adhérent à l'utérus, en avant et au fond. Il en est décollé assez facilement et ramené complet.

Il ne manque pas de cotylédons, mais une grande partie de la caduque est absente.

Poids du placenta, 730 gr.

Longueur du cordon, 61 cent.

On fait une injection intra utérine, aussitôt après la délivrance artificielle.

L'hémorrhagie cesse.

Le sang conservé, peu plastique, pèse 750 gr. La malade a perdu dans son lit, une quantité de sang qui peut être évaluée au double de la quantité de sang recueilli. Suites de couches normales.

Réflexion. — Le défaut de décollement du placenta et de rétraction de l'utérus constituent, dans cette observation, le mécanisme de l'hémorrhagie.

OBSERVATION XII.

(Extraite des registres de la maternité de Saint Louis)
Année 1896. — Personnelle (1). — N° 55. (Service du Docteur Lepage).

Grossesse gémellaire de 5 mois. Fœtus morts et macérés. Hémorrhagie pendant l'expulsion et après la délivrance.

Hier, 17 janvier 1896, à 4 h. de l'après-midi, Mlle Guil-lory, sage-femme de garde, vint m'apporter au laboratoire du service, 2 jumeaux morts et macérés, qu'une femme, arrivée quelques instants auparavant à la salle de Travail venait d'expulser.

J'examinai attentivement ces deux fœtus que je vous présente actuellement. Vous pouvez constater qu'ils sont réunis l'un à l'autre par leurs cordons qui forment un nœud et s'enchevêtrent sur une certaine étendue.

(1) Nous donnons cette observation qui a été le point de départ de notre thèse, d'après les notes prises par nous à une conférence faite le 18 janvier 1896 par le Docteur G. Lepage à la maternité de l'hôpital Saint-Louis et revue par lui.

L'insertion des deux cordons a lieu à environ 3 cent. de distance l'un de l'autre et à partir de cette insertion, ils s'enroulent réciproquement comme les artères autour de la veine ombilicale. (1).

Ces deux fœtus présentent tous deux un degré de macération très avancée.

En se reportant du côté du placenta, on trouve que les membranes sont très macérées. Il existe sur la face fœtale du placenta, des dépôts de fibrine de couleur grisâtre qui se dissocient facilement.

Il n'existe qu'une cavité de l'œuf.

L'histoire clinique de cette femme est la suivante:

C... Léonie, 22 ans, fleuriste.

A. H. — Père et mère vivants, 5 sœurs et 2 frères bien portants.

A. P. — En 1895, la malade est entrée à l'hôpital de Roubaix pour des boutons siégeant sur le corps et sur le visage..

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis.

III pare, 1^{re} grossesse, en 1893, accouchement spontané à terme, garçon vivant, mort à 10 mois.

2^e grossesse en 1895: 5 mois, expulsion d'un fœtus, mort et macéré.

3^e grossesse actuelle.

La malade ne se rappelle pas la date de ses dernières règles.

(1) Nous ne donnons pas ici la description complète de la disposition des cordons qui ne serait guère compréhensible qu'à l'aide du dessin qui en a été fait, mais que le défaut de temps nous empêche de reproduire.

Vers le 4^e mois, cette femme aurait fait une chute qui lui a provoqué des épistaxis qui ont duré deux jours.

Elle entre à la salle de travail le 17 janvier à 3 h. du soir, ayant des douleurs. Elle se dit enceinte de 7 mois et n'a jamais senti remuer.

L'utérus mesure 28 cent. de haut.

On ne distingue aucun caractère permettant de faire le diagnostic de présentation.

Auscultation nulle.

Urines normales.

Par le toucher, on trouve une partie fœtale très engagée, en partie dans le vagin.

A 4 h. la dilatation est comme une paume de la main. La malade fait des efforts expulsifs. Dix minutes après, expulsion d'un premier fœtus très macéré, de coloration jaune. Aussitôt après, expulsion d'un second fœtus de même apparence que le premier.

On n'a pas le temps de faire la section des cordons qui sont enchevêtrés l'un dans l'autre, que la délivrance se fait spontanément.

Le placenta est de coloration blanchâtre, non vasculaire.

Pendant l'expulsion, il s'écoule des organes génitaux une petite quantité de sang très rutilant.

A 4 h. 30, Mlle Guillory venait me prévenir que cette femme perdait du sang assez abondamment. Les injections chaudes suspendaient temporairement l'écoulement sanguin, qui réapparaissait sitôt qu'on les cessait. Je me rendis de suite auprès de cette femme que je trouvai avec un état général bon, le pouls à 90, la face

colorée, et ne présentant aucun symptôme d'hémorrhagie grave.

Je fus surpris de trouver l'utérus bien rétracté, à peine accessible au palper, à hauteur de la symphyse pubienne.

Du sang liquide suintait d'une manière continue et assez abondante, comme une sorte de flot, par intervalles, hors des organes génitaux. Je fis mettre cette femme sur le bord du lit et à l'aide de valves, je me rendis compte que le sang venait bien de l'utérus, et que les injections intra-utérines chaudes n'arrêtaient pas d'une manière suffisante cet écoulement. Comme le sang coulait assez abondamment, je me hâtai d'introduire dans la cavité utérine un paquet de gaze iodoformée. J'ajoutai un tampon dans le vagin et je quittai la femme pensant que l'hémorrhagie était arrêtée, mais recommandant toutefois de la surveiller avec grand soin : c'est-à-dire de suivre attentivement les variations du pouls et de regarder si le sang n'apparaissait pas au dehors.

Quelques dix minutes après (4 h. 40), Mlle Guillory vint me chercher à nouveau, assez effrayée, me disant que le sang avait infiltré la gaze, suintait au dehors et que la femme présentait des phénomènes généraux inquiétants (nausées, pouls filiforme, pâleur de la face, etc.).

En examinant cette femme, je fus moi-même très inquiet de voir combien rapidement s'était aggravé son état : faciès très pâle, muqueuses décolorées, anxiété générale et surtout pouls radial à peine perceptible. Le sang, rutilant, suintait au dehors d'une manière conti-

nue. Avant de prendre une détermination et pendant que je faisais stériliser rapidement les instruments dont je pouvais avoir besoin, je pratiquai la compression de l'aorte, et fis quérir M. Lorgue interne des hopitaux, qui se trouvait dans le service.

Je me demandais quelle pouvait être la cause de cette hémorrhagie, alors que je ne trouvais pas de lésion du cœur et comme seul signe d'hémophilie, une épistaxis un peu abondante au cours de la grossesse.

Avant de faire transporter cette femme à la salle d'opération, et pendant qu'on comprimait l'aorte, on pratique une injection hypodermique, avec une seringue de Roux, de 100 gr. environ de sérum artificiel.

4 h. 50. — Rasage et antisepsie des organes généaux externes. J'enlève le tampon vaginal et intra utérin, tous deux imbibés de sang.

Pendant toute la durée de l'intervention on pratique la compression de l'aorte.

Le corps de l'utérus étant bien rétracté je cherche s'il n'existe pas de lésions du col et je pratique une suture à la soie sur une petite solution de continuité qui existe sur la partie latérale gauche et inférieure du col. Mais là n'est point la source de l'hémorrhagie, le sang continuant à couler de la cavité utérine.

A l'aide d'un dilatateur trivalve, j'explore tant bien que mal la partie inférieure de l'utérus et ne trouve nulle part de solution de continuité pouvant être le point de départ de l'hémorrhagie. Bien que le placenta m'ait paru nettement complet, j'introduis l'index et le médius dans l'utérus et ne trouve nulle part de saillie anormale due

à la présence d'un cotylédon placentaire ; pas de caillots dans l'utérus qui est petit ; je ne sens pas de plaie d'où puisse provenir le sang.

Je fais une injection intra utérine prolongée d'eau chaude ; le liquide ressort fortement teinté de sang par intervalles.

La femme est dans un état très alarmant ; elle parle à peine ; une sueur froide lui inonde le visage ; pas de pouls ; les extrémités sont refroidies.

On continue la compression de l'aorte.

5 h. 15. — Réfléchissant que le premier tamponnement a été fait avec de la gaze iodoformée qui n'était pas suffisamment découpée, je me décide à faire un nouveau tamponnement de l'utérus avec une bande, large seulement de 2 ou 3 centimètres.

A l'aide de l'hystéromètre et de pinces longues je bourre, pour ainsi dire, l'utérus de gaze iodoformée en la tassant fortement.

J'attends pendant quelques instants et il me semble que le suintement sanguin est très minime ; j'introduis trois paquets de gaze dans le vagin.

5 h. 45. — L'état général de la femme est toujours grave et bien que, pendant toute la durée de mon intervention, on ait souvent pratiqué des injections hypodermiques d'ergotine, de caféine et surtout de sérum artificiel, le pouls n'est pas revenu.

La malade présente au plus haut degré tous les signes de l'anémie suraiguë par hémorrhagie.

Je me décide à pratiquer des injections intra veineuses de sérum artificiel. Je fais saillir, au niveau du pli du coude

droit, les veines, comme pour une saignée et je choisis la plus saillante, la médiane basilique, que je dénude sur une étendue de 2 centimètres et que je charge sur une sonde cannelée. Je pratique la ligature du bout inférieur et après section, passe un fil à travers le bout supérieur. J'injecte alors 120 gr. de sérum artificiel dans la veine, mais n'ayant pas à ma disposition d'aiguille mousse et n'ayant plus de sérum, je cesse l'injection.

6 h. soir. — Le pouls tend à revenir normal : 100 pulsations à la minute. Il est très petit et dépressible.

Je suture la plaie avec un crin de Florence — pansement antiseptique — et je conseille de surveiller bien attentivement la femme et de pratiquer, dans la soirée 500 gr. de sérum artificiel.

6 h. 30. — On constate chez la malade un mieux sensible — on la réchauffe avec plusieurs boules d'eau chaude — champagne — rhum.

7 h. — Injection sous cutanée de 150 g. de sérum artificiel.

9 h. — Injection sous cutanée de 250 gr. de sérum.

10 h. — Nouvelle injection de 250 gr. de sérum.

Le 18 janvier, au matin, la température est à 37° et le pouls à 92.

La malade a la face colorée. Le pansement ne présente pas trace de sang.

Suites de couches normales.

— C'est un fait assez rare, alors que le fœtus est macéré, de constater pendant la période de l'accouchement et de la délivrance un écoulement sanguin, et surtout un écoulement sanguin assez abondant pour mena-

cer sérieusement la vie de la femme. A quoi faut-il attribuer cette grave complication ?

On ne peut guère émettre, à ce sujet, dans le cas présent, que 5 hypothèses, que nous allons examiner successivement en commençant par les moins plausibles.

1). L'hémorrhagie est-elle due à un défaut de rétraction du muscle utérin ?

Le petit volume de l'utérus pendant que le sang coulait, l'absence de caillots, les constatations faites avec le doigt, introduit dans l'utérus, sont autant de raisons pour ne pas admettre cette hypothèse. De plus, on ne pourrait ainsi expliquer l'écoulement sanguin, qui a été nettement constaté par la sage-femme, pendant l'expulsion des deux jumeaux.

2). S'agit-il d'une femme rentrant dans cette catégorie, assez mal connue encore, des hémophiles, chez lesquelles la moindre solution de continuité s'accompagne d'hémorrhagie et chez lesquelles on voit survenir, au moment de l'accouchement et surtout de la délivrance, des écoulements sanguins, surtout inquiétants par leur continuité. Des renseignements donnés par cette femme font bien constater qu'elle a une certaine tendance à perdre du sang, mais il est rare qu'en pareil cas, l'utérus saigne seul sans qu'il y ait suintement sanguin, au niveau du vagin et de la vulve.

3). Cette femme, pressée de questions, a raconté que peu de temps avant son entrée à l'hôpital, dans l'après-midi même, elle était allée consulter une sage-femme, qui l'avait examinée et lui avait affirmé que l'expulsion de l'œuf ne tarderait pas à se produire. La malade affirme

que c'est avec le doigt seul, sans instrument, que la sage-femme a pratiqué l'examen, mais il est assez singulier qu'elle ne puisse donner ni le nom, ni l'adresse exacte de cette sage-femme et ne puisse même indiquer la rue dans laquelle elle habite. Il est donc impossible de dire si cette hémorrhagie n'a pas été due à une plaie utérine produite par un examen instrumental ou par des manœuvres.

4). Peut-on penser qu'il s'agisse d'une hémorrhagie causée par la syphilis? Nous ne trouvons, chez cette femme, aucune lésion actuelle, permettant d'affirmer la maladie; d'autre part la disposition pathologique des fœtus suffit à expliquer leur mort in-utéro. Il faut cependant remarquer que des 3 grossesses de cette femme, la première seule s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant; en 1895, elle a présenté une éruption sur le corps et c'est dans la même année qu'elle est accouchée d'un enfant mort et macéré. L'hypothèse est donc possible.

5). Devant la difficulté éprouvée par nous pour indiquer la cause de cette hémorrhagie, nous nous demandons, si l'utérus se contractant sur les fœtus, n'a point été lésé par les arêtes saillantes que formaient les os de la tête et en particulier de l'un des fœtus. En effet, pendant que nous examinions les fœtus au laboratoire, avant de savoir si la femme perdait du sang, nous avons fait observer à Mlle Dejean, sage-femme du service, combien ces os présentaient une arête vive. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais qui nous paraît la plus vraisemblable. Quant à la conduite tenue il est possible, que, si

le premier tamponnement eût été fait avec autant de soin que le second, l'hémorrhagie n'eût point continué, ou tout au moins n'eût pas été aussi grave. Mais au moment de la première intervention je pouvais espérer qu'un tamponnement même peu serré serait suffisant.

OBSERVATION XIII

(Extrait des registres de la clinique Baudelocque.)

Année 1892. Inédite, n° 320.

Syphilis. — Enfant mort et macéré. Hémorrhagie de la délivrance.

D. C. 24 ans. Entre le 9 mars 1892 à la clinique Baudelocque à la salle de travail.

Primipare. Dernières règles : 8-15 juillet 1891.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois.

A la face interne des cuisses, la parturiente porte les signes d'une roséole syphilitique commençant à pâlir.

Le fœtus présente le sommet en D A. Nulle part on n'entend les bruits du cœur fœtal.

Rupture spontanée des membranes, à la dilatation complète, le 9 mars 1891 à 6 h. 25 du soir.

Liquide amniotique brunâtre.

Expulsion facile du fœtus à 6. h. 35.

Fille macérée, pesant 1650 gr. Délivrance par expression à 6 h. 40 du soir, le placenta apparaissant à la vulve. Poids du placenta = 610.

Le chorion et la caduque sont absents.

— Dix minutes après l'expulsion du fœtus, l'utérus

se développe brusquement; le placenta apparaît à la vulve et la femme perd du sang abondamment.

On fait de l'expression utérine et le placenta est expulsé avec 300 gr. de sang.

On administre une injection intra utérine très chaude. Il sort, mélangée à l'injection, une assez grande quantité de sang.

Les membranes sont expulsées le lendemain de l'accouchement.

OBSERVATION XIV

(Extraite des registres de la clinique Baudelocque)

Année 1892. Inédite, n° 500.

Syphilis probable. — Hydramnios. Fœtus macéré. — Hémorrhagie.

E..., 20 ans. Entre le 12 avril 1892, à la clinique Baudelocque, salle de travail, à 8 h. du matin.

Dernière règles; 17-22 août 1891.

Epoque présumée de la grossesse: 7 mois et demi. Sommet en G A.

Utérus très développé. Hauteur = 34 cm. Tension énorme des parois.

Aucun foyer de battements du cœur fœtal. Pas d'albumine.

Dilatation complète le 12 avril, à 11 h. 45 du matin.

Expulsion du fœtus, en 25 minutes, le 12 avril, à midi, 10 minutes. Fille macérée, du poids de 2400 gr.

Ascite. — A la rupture des membranes, il s'écoule 1500 gr. de liquide verdâtre. Une demi-heure après, 500 gr. de même liquide, et aussitôt après l'expulsion du

fœtus, 1 litre encore, soit, en tout, 3 litres de liquide amniotique, mesurés.

La quantité de sang, perdu pendant la délivrance, est très abondante.

Aussitôt après la délivrance, on fait deux injections vaginales très chaudes.

Néanmoins, l'hémorrhagie continue. On administre alors une injection intra-utérine chaude, avec 16 litres de solution au biiodure et au naphthol.

L'écoulement sanguin s'arrête.

Poids du placenta : 810. Il est volumineux, hypertrophié et friable.

La caduque manque.

Réflexion. — L'hémorrhagie a été produite dans ce cas, par la surdistension de l'utérus, sous l'influence de l'extrême abondance du liquide amniotique, et l'inertie consécutive.

OBSERVATION XV

(Extraite des registres de la clinique Baudelocque)

Année 1893. Inédite, n° 400.

Fœtus mort et macéré. — *Expulsion sanglante.*

E.. D..., 25 ans, cuisinière. III pare.

1^{re} grossesse : accouchement spontané, à terme, enfant vivant.

2^e grossesse : accouchement prématuré, à 7 mois, enfant mort.

3^e grossesse actuelle.

Entre à la salle de travail, le 21 mars, 1893, à 4 h. 50 du matin.

Date des dernières règles : 12-20 juin 1892. Époque présumée de la grossesse : 9 mois.

La parturiente ne sent plus remuer depuis le 16 mars.

Auscultation négative.

Le siège et l'abdomen du fœtus sont hors la vulve, coiffés par les membranes.

On rompt celles-ci et on procède à l'extraction, d'ailleurs très facile, du fœtus.

Liquide amniotique noirâtre. Aussitôt après l'expulsion du fœtus, un flot de caillots jaillit.

Quantité de caillots recueillis : 440 gr.

L'écoulement sanguin s'arrête et, 5 minutes après, le placenta est expulsé spontanément, par sa face fœtale.

Fille très macérée, pesant 1510 gr.

Chevauchement énorme des os du crâne. Ventre de batracien. Derme couleur lie de vin.

Poids du placenta : 630 gr.

Membranes incomplètes. Absence de la caduque.

OBSERVATION XVI

(Extraite des registres de la clinique Baudelocque)

Année 1892. Inédite, n° 1707.

Fœtus mort et macéré. — Syphilis probable. — Pro-cubitus de la main droite. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.

X... II pare, accouchée, à 7 mois, d'un enfant mort et macéré, à la Charité de Lyon. Entre à la maternité le 26 novembre 1892.

A. H. Père mort phtisique, mère bien portante.

A. P. Fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Date des dernières règles : fin avril 1892.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois et demi.
Pas d'albumine dans les urines.

Examen obstétrical à l'entrée (26 novembre.) Hauteur de l'utérus = 35 cm. Tension des parois, excessive.
Hydramnios.

Présentation du sommet. Tête mobile, non engagée.
Dos à droite.

Foyer d'auscultation : à droite et au-dessus de l'ombilic.

Le 6 décembre, la parturiente entre à la salle de travail, à 5 h. du soir, ressentant les douleurs depuis le 5 décembre à 5 h. du matin.

Auscultation nulle. La malade dit ne plus sentir remuer, depuis le 27 novembre, au soir.

Au toucher : rien dans l'excavation ; dilatation = pièce de 2 fr. Poche des eaux saillant.

Le 7 décembre, à minuit 25 : rupture précoce et spontanée des membranes, à une dilatation égale à une paume de main. Liquide amniotique brunâtre.

A ce moment le sommet est amorcé, on arrive facilement sur une main, en procubitus, à droite de cette région fœtale.

2 h. 50. Dilatation complète.

3 h. 15 matin. Expulsion facile du fœtus.

Au moment de l'expulsion, on constate le procubitus de la main droite du fœtus, au niveau de l'œil droit.

Garçon macéré du poids de 2070 gr.

A 3 h. 45, du matin, trente minutes après l'expulsion du fœtus, l'utérus se développe démesurément.

Examinant la femme, on ne trouve, au toucher, aucune portion du placenta engagée. On fait de l'expression utérine. Une assez grande quantité de caillots est alors expulsée.

A partir de ce moment, des caillots continuent à s'accumuler en grande quantité dans l'utérus.

Au bout d'une heure, la femme est pâle, le poulx est petit. Nausées. Sueurs froides.

On fait des injections vaginales chaudes. On donne des grogs.

L'utérus est toujours dans le même état. Le placenta est encore adhérent.

Quantité de caillots recueillis = 600 gr.

A 5 h. 20, on prévient Mlle Roze, sage-femme en chef, qui fait la délivrance artificielle.

A ce moment, deux cotylédons seulement étaient engagés.

Tout le reste de la masse placentaire était adhérent à la face antérieure, et dans la corne gauche de l'utérus.

Placenta discoïde, pesant 530 gr.

Le chorion et la caduque manquent.

Le cordon est volumineux et très macéré.

Suites de couches normales.

Réflexion. — Hémorrhagie par défaut de décollement placentaire, lié au défaut de rétraction de l'utérus, produit par l'hydramnios.

OBSERVATION XVII

(Extraite des Registres de la Clinique Baudelocque.

Année 1895. — Inédite. — N° 649.

*Vomissements incoercibles pendant la grossesse. —
Fœtus mort et macéré. Hémorrhagie. — Délivrance
artificielle.*

M... A..., 34 ans, employée de commerce, entre à la
Maternité le 1^{er} avril 1895.

III pare : 2 grossesses antérieures, en 1885 et en 1887,
à terme enfants vivants.

Date des dernières règles : 11-15 octobre 1894.

Epoque présumée de la grossesse : 5 mois et demi, à
son entrée.

Hauteur de l'utérus : 15 centimètres.

Six semaines après l'apparition de ses dernières rè-
gles, la malade a commencé à vomir.

Il y a deux mois, elle fut soumise au régime lacté,
mais les vomissements persistèrent.

A son entrée dans le service, elle est très amaigrie,
yeux excavés. Elle ne peut marcher et garde le lit depuis
le 15 janvier.

Depuis 15 jours, elle ne prend que des aliments liqui-
des, mais elle vomit tout, sauf l'eau.

Anorexie complète.

Ventre non douloureux.

Matité hépatique non exagérée.

Selles régulières, molles. Peu d'urine.

Souffle systolique à la pointe du cœur.

Vue nette. Pas de céphalée.

Pas d'albumine.

17 avril. — La malade est mieux. Elle peut manger des aliments divers sans vomir. Elle se lève.

Depuis son entrée dans le service, elle ne sent plus remuer son enfant, et, après auscultation répétée, on n'entend, en effet, aucun foyer des battements du cœur.

Le travail débute le 20 avril à 11 heures du soir.

21 avril. — La malade entre à la salle de travail à 6 h. du matin, avec une dilatation = pièce de 1 franc.

A cette époque, la grossesse est de 6 mois.

Rupture artificielle des membranes, à la dilatation complète.

Liquide amniotique noirâtre.

Expulsion du fœtus le 21 avril à 11 h. 15' du matin.

Fille macérée pesant 700 grammes.

Une heure après l'expulsion, le placenta n'est pas engagé, et la femme perd du sang en abondance.

Le poulx est à 130 pulsations à la minute.

Mlle Roze, sage-femme en chef, prévenue, introduit la main dans le vagin, deux doigts dans la cavité utérine, et abaissant, avec l'autre main, le fond de l'utérus, fait le curettage digital de cette cavité.

On administre ensuite une injection intra-utérine chaude, et l'hémorrhagie s'arrête.

Le sang n'a pas été recueilli.

Placenta étalé pesant 220 grammes.

Membranes dissociées et incomplètes.

Cordon à insertion excentrique, infiltré et macéré.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII

(Extraite des Registres de la Clinique Baudelocque.

Année 1895. — Inédite. — N° 1152.)

Accouchement prématuré. — Enfant mort et macéré.

Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.

R... M..., 26 ans, soudeuse, entre le 16 juillet 1895 à la salle de travail, à 8 h. 30' du matin.

III pare. — 2 accouchements antérieurs spontanés, à terme, enfants vivants.

Entre la deuxième et la troisième grossesse, le mari va au régiment et rentre au mois de septembre 1894.

Date des dernières règles : 28-30 septembre 1894.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois et demi.

Pas d'albumine dans les urines.

Hauteur de l'utérus : 27 cm.

Auscultation nulle.

16 juillet, 10 h. du soir. — Dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Liquide amniotique verdâtre.

10 h. un quart. — Expulsion d'un fœtus macéré pesant 750 grammes.

Après l'expulsion du fœtus, la parturiente perd du sang abondamment.

Minuit. — On introduit la main dans le vagin, deux doigts dans l'utérus et l'on décolle la portion du placenta encore adhérente.

L'écoulement sanguin cesse.

Poids du placenta : 210 grammes.

Membranes incomplètes.
Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX

(Extraite des Registres de la Clinique Baudelocque.
Année 1895. — Inédite. — N° 1095.

*Accouchement prématuré. — Fœtus macéré. —
Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.*

M... Maria, 25 ans, fleuriste, entre, le 1^r juillet 1895,
à la Maternité.

IV pare. Accouchements en 1889 et 1890, prématurés,
à 8 mois et 7 mois, enfants morts-nés.

3^e accouchement en 1893. Sommet, forceps, enfant
mort.

La mère, vivante, a eu dix grossesses, dont les six
premières se sont terminées par des accouchements
prématurés, avec enfants morts.

Les quatre derniers accouchements se sont faits à
terme. Enfants vivants.

Date des dernières règles : 20-25 novembre 1894.

Epoque présumée de la grossesse : 7 mois.

Pas d'albumine.

Hauteur de l'utérus : 30 cm.

Sommet non engagé. Position gauche.

Auscultation négative.

5 juillet 1895. — La parturiente entre à la salle de
travail à 2 heures du matin.

Sommet en position gauche.

Dilatation égale à une paume de main.

A 3 h. 50', dilatation complète.

Rupture spontanée, précoce, des membranes au début du travail.

Liquide amniotique, verdâtre.

Expulsion spontanée du fœtus le 5 juillet à 4 heures du matin.

Fœtus très macéré, pesant 2050 grammes.

Aussitôt après l'expulsion apparaît une hémorrhagie, d'abord légère, qui cesse après une injection vaginale chaude.

Mais, au bout de 10 minutes, l'écoulement sanguin devient plus considérable. Le pouls est à 106 pulsations à la minute.

Le placenta n'est pas engagé.

5 h. du matin. — Mlle Roze, sage-femme en chef, prévenue, examine la femme et trouve le placenta en partie adhérent à la corne utérine droite.

La délivrance artificielle est faite assez rapidement, le placenta est extrait et l'hémorrhagie s'arrête.

Le sang n'a pas été recueilli en totalité.

On administre une injection chaude intra-utérine.

Placenta, de forme discoïde, pesant 550 grammes.

Rétention de la caduque.

Le placenta, d'après la mensuration des membranes, était en partie inséré sur le segment inférieur : 36/4.

Cordon macéré.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XX

(Extraite des Registres de la Clinique Baudelocque.

Année 1896. — Inédite. — N° 1933.

Expulsion d'un fœtus macéré de 5 mois. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle.

J... Yvonne, 24 ans, couturière, entre à la salle de travail le 6 novembre 1896, à 8 heures du matin.

IV pare : 1^{er} accouchement, à terme, 8 avril 1894.
Enfant vivant.

15 août 1895. — 1^{er} avortement, 4 mois et demi.

29 mars 1896. — 2^e avortement, 6 mois.

La première grossesse était d'un premier mari.

Les trois dernières sont d'un père différent, la femme étant divorcée.

Date des dernières règles : 19-22 mai 1896.

Epoque présumée de la grossesse : 5 mois.

Pas d'albumine

La femme arrive à la Maternité ayant expulsé, à 6 h. du matin, son œuf macéré, pesant 250 grammes.

Elle a un écoulement sanguin très abondant.

Elle est très pâle.

On donne des injections vaginales chaudes.

Tout à coup, le pouls devient fréquent : 93 pulsations, petit, et la femme a des menaces de syncope.

La délivrance artificielle est pratiquée immédiatement.
L'hémorrhagie cesse.

Poids du placenta : 145 grammes.

Temp. : 38°2 le lendemain de l'intervention.

Injection intra-utérine.

Température normale dans la suite.

OBSERVATION XXI

(Clinique Baudelocque. — Année 1891. — N° 1325.)

X... entre le 11 octobre 1891 à la salle de travail.

Dernière apparition des règles : 10 février 1891.

Epoque présumée de la grossesse : 8 mois.

II pare. 1^{re} grossesse : Accouchement à terme, enfant mort-né, mort depuis 10 jours (4 octobre 1890).

Accouche le 11 octobre 1891 à 6 h. 5' du matin.

Fœtus mort et macéré.

Syphilis probable.

Liquide amniotique vert.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : 5 gros caillots.

OBSERVATION XXII

(Maternité de l'Hôtel-Dieu, Annexe. — Année 1896. —

Service du docteur Lepage. — Inédite. — N° 675.

Accouchement spontané à terme. — Enfant mort et macéré. — Hémorrhagie de la délivrance.

S... Joséphine, 35 ans, ménagère, entre à la salle de travail le 16 juillet 1896, à minuit.

VI pare. 1^{re} grossesse en 1888 : Accouchement spontané à terme, enfant vivant.

2^e grossesse, en 1890. — Accouchement spontané, à terme, enfant vivant.

3^e grossesse, en 1892. — Accouchement spontané, à terme. — Hémorrhagie de la délivrance.

4^e grossesse, en 1893. — Accouchement spontané, à terme. Enfant vivant. — Hémorrhagie grave de la délivrance.

5^e grossesse, en 1894. — Accouchement spontané, à terme. Enfant vivant. — Hémorrhagie de la délivrance.

6^e grossesse actuelle.

Même père pour tous les enfants.

Date des dernières règles : 4-10 septembre 1895.

Epoque présumée de la grossesse : à terme.

Pendant sa grossesse, leucorrhée abondante.

Il y a 6 semaines, a fait une chute sur le dos, du haut d'un escabeau.

Pas d'albumine.

Examen obstétrical à l'entrée : Hauteur de l'utérus = 29 cm.

Sommet engagé en OIDP. — Dilatation = 5 fr.

Aucun foyer des bruits du cœur fœtal.

La femme dit ne plus sentir remuer l'enfant depuis 8 jours.

Aucune perte de sang pendant la grossesse.

Taches de purpura à la partie inférieure des jambes.

Au toucher, on a une sensation très marquée de crépitation des os du crâne, qui chevauchent les uns sur les autres.

16 juillet, 3 h. du matin. — Dilatation complète.

Rupture artificielle de la poche des eaux.

Liquide amniotique vert et épais, en très petite quantité.

3 h. 40'. — Expulsion d'un fœtus mort, présentant un circulaire du cordon, peu serré, et de grosses phlyctènes sur le dos, les bras, les jambes. Ces phlyctènes contiennent de la sérosité.

Poids du fœtus = 2,850 gr.

4 h. — Expulsion spontanée du placenta pesant 350 gr.
Membranes complètes 33/10.

A 5 heures, la malade perd du sang, environ 400 gr.
Injections chaudes, massage utérin.

Pouls = 95 pulsations à la minute,

A 7 h. — Nouvelle hémorrhagie, environ 500 gr.

Injections chaudes, grogs, massage.

Pouls = 100 pulsations.

Peu après, l'écoulement sanguin cessé.

Suites de couches normales.

Bien que les quelques observations qui suivent, ne se rapportent pas exactement à notre sujet, puisque nous n'avons envisagé que les hémorrhagies, dans les cas de fœtus morts et macérés, à partir du cinquième mois de la grossesse, sans nous occuper de la question de l'insertion vicieuse du placenta, nous croyons cependant utile de les relater ici, afin d'apporter, encore, un témoignage plus concluant, à la réalité des hémorrhagies, dans les cas d'expulsion de fœtus morts et macérés.

Nous citerons donc : une observation ancienne de Madame Lachapelle (1) et deux de Ouimet (2), concernant le cas particulier de placenta prævia; et une autre observation, extraite des registres de l'Hôtel-Dieu annexe, relative à l'expulsion sanglante d'un fœtus macéré de 4 mois.

OBSERVATION XXIII

(Sixième mémoire. — Madame Lachapelle).

Femme de 29 ans, reçut, à la fin du septième mois de sa première grossesse, un coup de pied dans les lombes.

Dès ce moment, l'enfant a cessé de se mouvoir et, à l'instant même, les eaux se sont écoulées.

Les douleurs puerpérales ne tardèrent pas à s'établir; en même temps s'annonça une hémorrhagie fort considérable.

Le 17 juillet à 7 h. du matin, cette femme arriva à l'hospice. L'orifice était peu ouvert, mais mou et assez dilatable pour permettre l'introduction de la main.

Il était en partie couvert par une portion de placenta.

La main droite fut introduite, et quoique le vertex s'avança dans la première position, elle arriva sans peine jusqu'au pied gauche, qui suffit pour achever l'extraction du fœtus.

C'était une fille du poids de 4 livres, altérée à tel point par la putréfaction, que l'épiderme se détachait de toutes

(1) Madame Lachapelle. Traité d'Accouchements. Paris 1825.

(2) Ouimet. Un. Méd. du Canada. N° 6. 1896. (Obs. II et III).

parts et que l'abdomen était rempli de sérosité sanguinolente.

La délivrance fut naturelle et l'hémorrhagie cessa aussitôt.

Réflexion. — Exemple d'hémorrhagie par placenta prævia bien que le fœtus soit mort.

La mort devait remonter ici, à une époque plus éloignée encore que celle indiquée par Mme Lachapelle, car les altérations décrites, correspondent à celles observées par Lempereur durant la deuxième semaine, qui suit la mort du fœtus, in-utéro.

OBSERVATION XXIV

(Extraite de la thèse de Ouimet. Obs. II).

Le 2 mai 1875. M... P... multipare.

A terme.

Sommet : position inconnue.

Terminaison spontanée. Enfant mort et macéré.

Insertion partielle du placenta.

Traitement. — Rupture des membranes.

1^{er} Hémorrhagie : le 5 avril 1895.

2^e Hémorrhagie, plus forte le 12 avril.

3^e Hémorrhagie, abondante, le 26.

Tamponnement le 27 avril.

Enlèvement du tampon le 29.

L'auscultation m'apprit que l'enfant était mort.

4^e Hémorrhagie, le 1^{er} mai.

Enlèvement du tampon. — Rupture des membranes.

Extraction du placenta engagé dans l'orifice.

Accouchement spontané le 2 mai d'un fœtus mort et macéré.

Or, la dernière hémorrhagie a lieu ce même jour.

OBSERVATION XXV

(Extraite de la thèse de Ouimet. Obs. III).

Au mois de novembre 1895, je suis appelé auprès d'une parturiente, avec un orifice admettant deux doigts et une poche des eaux déjà rompue.

Forte hémorrhagie.

Présentation de l'épaule.

Placenta saillant dans le vagin.

Auscultation négative.

Je pratique alors la version, j'attrape un pied, ce qui arrête l'hémorrhagie, puis l'utérus expulse spontanément un fœtus mort et macéré.

« Dans cette observation, ajoute l'auteur, l'enfant était mort au moment où il y a eu hémorrhagie puisqu'il est né macéré.

« Dans les faits que je viens de présenter, je n'ai pas pu préciser la date de la mort du fœtus ; mais il n'est pas douteux que les hémorrhagies se soient produites après cette mort. L'état de macération, signalé dans ces cas, indique que la mort remontait à des époques très variables, mais incontestablement antérieures au moment des dernières hémorrhagies, qui se sont produites pendant le travail et la délivrance.

« *Conclusion.* — Dans les cas de placenta prævia, l'hémorrhagie peut se produire, bien que le fœtus soit mort et macéré. »

OBSERVATION XXVI

(Maternité de l'Hôtel Dieu annexe, Année 1896, Service du docteur Lepage. Inédite, n° 858).

Expulsion sanglante d'un fœtus mort et macéré au 4^e mois de la grossesse.

V... B... 20 ans, domestique.

Entre le 6 septembre 1896, salle de travail, à 9 h. 15' du matin.

Primipare.

Dernières règles : 20-25 mars 1896.

Epoque présumée de la grossesse : 5 mois.

La malade entre à la salle de travail, perdant du sang en grande quantité, et ayant le fœtus entre les cuisses,

L'expulsion se fait très rapidement. Fœtus très macéré, pesant 120 gr.

La femme n'ayant reçu aucun soin préalable, on administre une grande irrigation vaginale, qu'on renouvelle à plusieurs reprises, l'écoulement sanguin étant abondant.

L'hémorrhagie continuant, on fait une injection intra-utérine. Symptômes généraux : pâleur, nausées, sueurs, faiblesse de pouls, ne nécessitant cependant aucune intervention immédiate.

L'hémorrhagie cesse.

Délivrance spontanée à 2 h. 30' du soir.

Poids du placenta = 70 gr.

Après la délivrance, la malade ne perd plus de sang.

Injection intra-utérine, après lavage vaginal.

Sortie le 16 septembre en bon état.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — MÉCANISME DES HÉMORRHAGIES

Au début de ce chapitre, où nous proposons de rechercher les causes possibles et probables des hémorrhagies, dans les cas d'expulsions d'enfants morts et macérés, nous ne nous dissimulons pas la difficulté qu'on rencontre pour préciser leur mode intime de production.

Pour discuter et établir ce mécanisme, il nous faudrait connaître, en effet, les altérations intimes et les modifications qui surviennent dans le placenta et les parties extra-placentaires de l'œuf, après la mort du fœtus.

L'étude de ces modifications secondaires n'est pas encore complètement faite. Sur un sujet si nouveau, nous ne pouvons mieux faire, que de rester sur la réserve, et nous en tenir, de préférence, à l'observation des faits cliniques, sans chercher à en dégager des conclusions nettes et précises.

En se rappelant les modalités anatomo-pathologiques de la délivrance, dans les cas de fœtus morts et macérés, on pourrait penser, que l'hémorrhagie ca-

pable de survenir dans ces circonstances, est liée à la rétention, dans la cavité utérine, d'une partie ou de la totalité des membranes et en particulier de la caduque. Mais alors, l'hémorrhagie devrait être la règle, puisque nous savons que cette rétention s'observe dans tous les cas. Si cette étiologie est d'ailleurs possible, elle ne peut et ne doit entrer en ligne de compte, que dans un petit nombre de cas. Elle rentre alors dans le cadre des hémorrhagies secondaires de la délivrance, et nous avons vu, dans notre première statistique (1), que, sur un total de 680 expulsions, on n'a observé cette cause que deux fois.

Il ne faut donc pas chercher de ce côté l'explication du phénomène, et si nous envisageons la question d'une manière plus générale, nous voyons, qu'en somme, l'étiologie de ces écoulements sanguins, peut se résumer à l'étiologie commune des hémorrhagies de la délivrance avec quelques points particuliers. Nous pourrons donc avoir des causes dépendant d'un état général et des causes tenant à un état local (par exemple anomalie dans le mécanisme physiologique de la délivrance); ces dernières sont, de beaucoup, les plus fréquentes. Parmi les premières, nous relevons : l'hémophilie, l'albuminurie, la syphilis et les cardiopathies.

(1) Voir chap. II. statist. de 680 expuls. observées depuis l'année 1883, jusqu'à l'année 1894, service Porak.

Hémophilie. — On sait depuis longtemps, que par suite d'une disposition constitutionnelle particulière, d'un état diathésique congénital, héréditaire et permanent, certains individus sont tout particulièrement prédisposés à des hémorrhagies spontanées, ou traumatiques, opiniâtres, graves dans tous les cas, et même souvent mortelles.

Certaines femmes sous l'influence de cette diathèse, sont ainsi susceptibles de perdre du sang en grande quantité à la suite de ce travail laborieux, qui aboutit à l'expulsion du fœtus.

L'origine du sang ne réside pas, ici dans les annexes de l'œuf, mais uniquement dans les vaisseaux maternels, dans les capillaires utérins qui saignent en nappe. Notre observation XII, de l'hôpital Saint-Louis, rentre-rait peut-être dans cette catégorie.

Albuminurie. — Au moment de la délivrance, les femmes albuminuriques sont exposées à perdre du sang. C'est une proposition, que tous les accoucheurs répètent à l'envi, dans leurs ouvrages, et cet état pathologique est signalé partout, eomme une prédisposante spéciale aux hémorrhagies.

Blot (1) est le premier auteur qui ait attiré l'attention sur cette influence hémorrhagipare de l'albuminurie chez les femmes enceintes. Sur 41 accouchements d'albuminuriques, il en rapporte 12 avec hémorrhagie au

(1) Blot. De l'Albuminurie chez les femmes enceintes. Th. Paris 1849.

moment de la délivrance. « Quand l'albuminurie existe depuis un certain temps avec une certaine abondance, elle a pour résultat de modifier le sang dans sa composition : elle en diminue la quantité d'éléments plastiques.

On comprend dès lors, que ce liquide, devenu plus fluide, soit moins facilement coagulable. »

Nous savons, en effet, d'après les analyses du sang de la femme enceinte, que la fibrine, après avoir diminué dans les premiers mois de la gestation, subit ensuite une augmentation progressive jusqu'à l'accouchement, augmentation qui a pour résultat définitif de rendre le sang plus coagulable et de modérer ainsi l'hémorrhagie qui accompagne toujours la délivrance.

Or, cette fibrine provient en somme de l'albumine du sang. Celle-ci, dont la proportion est notablement diminuée, dans les cas d'albuminurie (elle tombe parfois de 66 à 57 pour 100), entraîne conséquemment une diminution parallèle dans la proportion de fibrine. Il y a alors obstacle, à la formation de caillots, oblitérateurs des sinus utérins déchirés. Dans le plus grand nombre des cas, cependant, cette plasticité du sang, est seulement diminuée. Il y a formation de caillots, mais plus lente et l'écoulement sanguin finit par s'arrêter.

Si nous voulons maintenant songer à l'influence de l'albuminurie sur la mortalité fœtale (1), et si, d'autre

(1) Sur 161 cas d'avortements, l'albuminurie a été notée 27 fois, avec une proportion de moitié d'enfant morts.

(Satist. Brion et Varnier, Th. Paris, 1892. Brion).

part, nous nous rappelons la proportion d'hémorrhagies observées par Blot (12 cas sur 41 accouch.), nous pourrions nous faire une idée de l'action que cet état pathologique peut avoir, dans certains cas, sur la production du phénomène (1).

Syphilis. — La syphilis, en tant que maladie générale, peut-elle avoir une influence hémorrhagipare analogue à celle de l'albuminurie ?

Cette influence est admise, avec réserves, par le Professeur Fournier (2). Quelques faits observés par moi, dit l'auteur, m'ont semblé confirmer cette vue rationnelle. Mercier (3) dit, dans sa thèse, que la syphilis peut avoir une certaine influence sur la production de métrorrhagies, notamment dans les cas où le fœtus est expulsé vivant et près du terme de la grossesse. »

Fauconnier (4), dans une Étude sur le même sujet, n'est arrivé qu'à une très faible proportion, puisque sur 36 observations d'accouchements syphilitiques, il n'a trouvé qu'un seul cas de métrorrhagie, ce qui donne une moyenne de 3 pour 100.

Depuis Fauconnier, la question n'a pas été reprise.

(1) Nous avons noté dans une de nos observations ce caractère spécial, du sang, constitué par un défaut de plasticité. Obs. XI.

(2) Fournier. Leçons sur la syphilis. Paris 1881.

(3) Mercier. Rapports de la puerpéralité et de la syphilis, Th. Paris 1886.

(4) Fauconnier. Fièvre et Métrorrhagies dans les Accouch. syphilit. Th. Paris 1886.

Dans ces circonstances, la syphilis agirait encore, en tant que modificateur du sang, par des altérations, analogues peut-être, à celles que nous connaissons dans l'albuminurie.

Nous savons, en effet, que le signe le plus constant et le plus manifeste de l'action dénutritive du virus syphilitique, est une anémie spéciale, avec hypoglobulie très notable et augmentation relative du nombre des globules blancs.

Aussi nous appuyant sur l'autorité de Fournier et des auteurs précédents, nous croyons aussi à l'influence possible de la dyscrasie syphilitique, comme cause de métrorrhagies, dans les cas d'expulsions d'enfants syphilitiques.

Nous pensons, de plus, que cette influence peut se faire sentir, même lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps et expulsé macéré. La mort du produit de conception n'exclut nullement la possibilité d'une hémorrhagie, dans ces circonstances, puisque le muscle utérin, d'où vient le sang, n'a pas en somme les mêmes raisons de s'atrophier que le placenta et les vaisseaux utéro-placentaires tant que le fœtus n'est pas expulsé. L'hypothèse de métrorrhagie syphilitique a pu se présenter à l'esprit, pour expliquer l'hémorrhagie chez la femme qui fait l'objet de notre obs. XII.

Cardiopathies. — Enfin il n'est pas jusqu'aux cardiopathies, qui ne puissent entrer en ligne de compte, comme facteur assez important des écoule-

ments sanguins, dans les cas qui nous occupent. Chez une femme atteinte d'affection du cœur, et chez laquelle le fœtus est tué par une cause quelconque (syphilis, etc.) on peut observer une hémorrhagie circulatoire au moment de la délivrance, comme on l'observe parfois lorsque le fœtus est vivant. Cette influence n'est plus à discuter à l'heure actuelle. Nombre de thèses et monographies ont paru sur cette question.

Signalons surtout, en passant, la thèse d'agrégation de Porak (1), où l'auteur rapporte un grand nombre d'observations de métrorrhagies chez les femmes cardiaques, enceintes ou accouchées.

« Les métrorrhagies sont surtout observées, dit Porak, immédiatement après l'expulsion du fœtus. Leur pathogénie ne ressort pas clairement des observations rapportées à ce sujet. Elles dépendent peut-être des phénomènes de stase, observés d'ailleurs, dans les autres organes. Elles sont probablement liées surtout à l'inertie utérine : quelquefois à la rétention du placenta. »

Nous souscrivons entièrement à cette manière de voir.

Nous arrivons maintenant à une autre catégorie de causes, causes d'ordre purement local, qui, dans l'espèce, nous semblent devoir jouer le rôle prépondérant : nous voulons parler des *anomalies* ou des *irrégularités* qui peuvent survenir dans les différents temps de la délivrance, et en particulier dans le *premier temps* de

(1) Porak. Influence réciproque de la grossesse et des Maladies de cœur. Th. agré., Paris 1880.

cet acte physiologique, correspondant au décollement du placenta.

Mais auparavant, question de pathogénie mise à part, nous devons nous demander pourquoi l'hémorrhagie peut s'observer dans ces circonstances, sachant que la mort du fœtus doit nécessairement déterminer un arrêt dans les échanges nutritifs sanguins, une cessation de la circulation utéro-placentaire et en définitive une atrophie fonctionnelle et organique des vaisseaux qui se rendent au placenta (théorie de Moreau) ?

La pathogénie peut, à la rigueur, se comprendre, lorsque l'écoulement sanguin est sous la dépendance d'un état général ou diathésique tel que l'hémophilie, l'albuminurie, l'utérus pouvant alors saigner en dehors de la surface d'insertion placentaire, mais lorsqu'aucune de ces causes générales n'entre en jeu, comment expliquer une hémorrhagie dont la source est au niveau des attaches vasculaires du placenta à l'utérus ?

L'explication du « pourquoi » de ce phénomène nous échappe, mais nous la trouverons peut-être en partie, lorsque nous dirons que la mort du fœtus n'est pas toujours synonyme d'arrêt circulatoire.

Déjà en 1852, Plouvier (1), après avoir rappelé les phénomènes de régression, qui surviennent dans le placenta, après la mort du fœtus, disait : « Il n'en n'est pas toujours ainsi. Il arrive quelquefois que le placenta continue de s'accroître, tout en conservant la même structure. Cet accroissement, dû à une pléthore

(1) Phénomènes et signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Th. Paris. 1852.

locale est quelquefois si considérable, qu'il double, triple même son volume.

Ces placentas. au moment de leur expulsion, sont frais et non macérés comme le fœtus ».

Schröder (1) est du même avis, et pense que si le fœtus meurt de bonne heure, il peut arriver que le placenta, et en réalité la partie fœtale de ce placenta, les villosités choriales continuent à recevoir des matériaux nutritifs, à les absorber, à se développer ».

Enfin, pour Pinard (2), la mort du fœtus n'entraîne pas fatalement celle de l'œuf.

Quand la cause de la mort ne réside pas dans les annexes, celles-ci peuvent continuer à vivre jusqu'à l'époque de leur maturité, où, agissant alors comme de véritables corps étrangers, elles irritent l'utérus et provoquent des efforts expulsifs ».

Tout récemment, M. T. W. Eden (3), a communiqué à la Société obstétricale de Londres, les résultats de ses recherches, sur les modifications secondaires du placenta, consécutives à la mort du produit de conception.

Lorsque, le fœtus étant mort, le placenta reste attaché à la paroi utérine, l'auteur a observé que dans ces cas, la circulation maternelle continue à se faire dans

(1) Schröder. Traité d'accouchement. Trad. Charpentier. Paris, 1875.

(2) Pinard. Cité par Valentin. Th. Paris, 1889.

(3) W. Eden. Communication à la Société d'Obstétrique de Londres. Séance du 4 novembre 1896.

les interstices des villosités, qui sont ainsi préservées du processus de mortification.

Pour cette raison, on peut même dans les cas de rétention placentaire, datant de plusieurs semaines, trouver des groupes de villosités qu'il serait difficile de distinguer de celles d'un placenta normal. Les parties extraplacentaires de l'œuf, membranes, cordon, tissus fœtaux eux-mêmes, sont au contraire rapidement envahis par la nécrobiose.

Nous devons, en somme, chercher de ce côté l'explication la plus plausible du mécanisme intime de production du phénomène.

On pensait autrefois, avec Moreau, que la mort du fœtus entraînait nécessairement une cessation complète de la circulation utéro-placentaire. Cette théorie reposait sur des hypothèses qui méritaient à cette époque une certaine créance, étant données les idées que l'on possédait alors sur la continuité de la circulation maternelle et fœtale. On ne peut nier, il est vrai, la possibilité de certains phénomènes régressifs, dans la circulation utérine après la mort du fœtus, mais de là à soutenir que toute circulation est désormais interrompue, nous ne le croyons plus aujourd'hui, parce que nous connaissons mieux l'anatomie et la physiologie du placenta. On sait l'indépendance des circulations maternelle et fœtale, l'arrêt de la seconde n'entraînant pas l'arrêt de la première.

Si, comme l'a observé W. Eden, la circulation ma-

ternelle continue à se faire dans les interstices des villosités, malgré la mort du fœtus, nous pouvons concevoir comment, sous l'influence du décollement du placenta pendant la délivrance, l'hémorrhagie peut se produire, puisque ce placenta serait encore en relation physiologique avec l'utérus.

1) *Défaut de rétraction, partiel, de la paroi correspondant à la zone décollée du placenta.* — Le mécanisme apparent de cette hémorrhagie locale est, nous l'avons dit, dans le plus grand nombre des cas observés, sous la dépendance d'une irrégularité dans le premier temps de la délivrance, correspondant au décollement du placenta.

Nous ne voulons pas nous appesantir ici sur la façon dont se produit ce décollement (1); disons seulement qu'il est lié intimement à l'action des éléments musculaires de l'utérus, qui entrent en jeu immédiatement après la sortie du fœtus (élasticité, contractilité, rétractilité).

Quel que soit le lieu d'insertion du placenta, la paroi utérine reste mince au niveau de cette insertion, et, partant, se rétracte moins que cette zone épaisse qui se trouve en rapport avec les membranes. Lorsque le placenta reste adhérent par toute sa surface, l'hémorrhagie n'est pas à craindre et ne peut se produire.

(1) Pinard et Varnier. *Études d'Anatomie obstétricale.* Paris.

Mais, par contre, lorsque le décollement est terminé, en un point de la périphérie, par exemple (le décollement se faisant de la périphérie au centre) la portion de la paroi utérine correspondant à cette zone décollée reprend son épaisseur normale, se rétracte, fermant ainsi les orifices des sinus utérins qui réunissaient cette portion placentaire à la paroi utérine.

L'hémorrhagie qui devrait nécessairement résulter de l'arrachement de ces houppes vasculaires se trouve ainsi considérablement réduite.

Qu'on envisage maintenant que, par suite d'une anomalie ou d'un défaut de rétraction, cette portion de paroi reste mince, inerte, au lieu de suivre le mouvement de retrait général, les orifices des sinus utérins vont rester béants, d'où résultera un écoulement sanguin, toujours abondant.

2) *Défaut de décollement du placenta par inertie et par adhérences anormales.* — Par suite encore d'un défaut de rétraction de l'utérus, ou grâce à des adhérences anormales d'une solidité exagérée, le placenta peut ne se décoller que partiellement et rester ainsi attaché à la paroi par une portion de son tissu. Des conditions très propices à l'écoulement sanguin sont alors créées. La partie du placenta adhérente, gêne, en effet, la rétraction de la portion sous-jacente de l'utérus. L'inertie utérine, tout à l'heure primitive, est maintenant secondaire. Le sang arrive, sans aucun obstacle, dans le placenta maternel et de là par la péri-

phérie de l'ilot adhérent, s'écoule librement, à travers les vaisseaux déchirés de la portion voisine décollée.

Ce mécanisme de l'hémorrhagie est celui qui s'observe dans la grande majorité des cas d'expulsion d'enfants morts et macérés. C'est lui qui entraîne le plus souvent l'indication immédiate de la délivrance artificielle. Sur un total de 26 observations, nous l'avons rencontré huit fois (Obs. n^{os} 7, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 26).

3) *Inertie utérine essentielle.* — Reste enfin une dernière cause possible d'hémorrhagie : l'inertie utérine essentielle, ce défaut de rétraction générale de l'utérus, dont l'action se manifeste seulement pendant la période qui suit l'expulsion complète du délivre hors des organes génitaux. Nous l'avons observée sept fois (Obs. n^{os} 1, 2, 3, 4, 6, 14, 22).

Nous ne voulons pas insister plus longuement, ici, sur cette cause trop connue. Nous venons, du reste, d'en parler incidemment et nous avons montré le rôle qu'elle joue dans la pathogénie des accidents et en particulier de l'hémorrhagie, qui peut survenir pendant les différents temps de la délivrance. C'est qu'en effet cette cause prime en définitive toutes les autres ; elle les tient sous sa dépendance, les supplée, au besoin, de sorte que c'est elle qui résume l'étiologie des écoulements sanguins de la délivrance.

Cette paralysie, cette parésie de l'utérus, peut apparaître chez certaines femmes, grâce à une idiosyncrasie

particulière, déterminant une faiblesse, un défaut de contractilité et de rétractilité de la fibre musculaire utérine (Obs. 22).

Cette paralysie peut encore se produire lorsque les membranes de l'œuf s'étant rompues, l'air extérieur peut pénétrer jusqu'au fœtus macéré et en amène rapidement la putréfaction. Les gaz s'accumulent alors dans la cavité qu'ils distendent (physométrie) ; sous l'influence des phénomènes infectieux, il se produit une intoxication et une paralysie de la fibre musculaire utérine qui perd alors ses propriétés physiologiques de contractilité et de rétractilité.

L'hydramnios enfin, expose aux hémorrhagies de la délivrance. La surdistension de l'utérus empêche en effet le muscle utérin de se rétracter et de se contracter. (Obs. n^{os} 14-16.)

En terminant, nous appellerons encore l'attention, sur une circonstance, où l'on peut être à même d'observer une expulsion sanglante, bien que le fœtus soit mort ou macéré ; c'est le cas, où pendant la grossesse, il y a eu sous l'influence de l'albuminurie, décollement prématuré du placenta normalement inséré (1). Des hémorrhagies rétro-placentaires se sont produites, des caillots se sont accumulés en arrière du placenta et sont alors expulsés derrière le délivre, mais ces caillots formés quelques heures ou quelques jours

(1) Voir l'observ. n^o 453. Année 1892. Service de Porak, hôpital Lariboisière.

avant l'expulsion du fœtus, ne peuvent être considérés comme constituant une hémorrhagie du travail. Rappelons de même, le cas particulier d'insertion vicieuse du placenta étudié par Ouimet, où l'hémorrhagie peut se produire pendant l'expulsion malgré que le fœtus soit macéré, c'est-à-dire mort à une époque antérieure à l'hémorrhagie. (Obs. 24-25.)

Enfin, nous nous demandons si, dans certains cas, il ne pourrait pas y avoir hémorrhagie par déchirure du col de l'utérus, au moment de l'expulsion.

Le mécanisme de production de cette hémorrhagie, d'un mode particulier, serait lié intimement au passage d'un fœtus très macéré, à travers la filière pelvienne ou plutôt le canal cervico-vaginal. Pendant la période de contraction utérine, au moment où sous l'influence des efforts expulsifs de la femme, la tête du fœtus traverse le canal cervical, les pariétaux dont une macération très prononcée a exagéré le chevauchement, seraient capables de produire une dilacération du tissu du col utérin, par leurs arêtes vives et rendues saillantes.

L'origine de l'hémorrhagie serait reconnue par le caractère particulier de rutilance du sang tout en constatant en même temps, que l'utérus se contracte. Cette hypothèse nous paraît assez plausible.

Peut-être avons-nous eu affaire à une hémorrhagie de cette nature, dans notre observation XII, de la maternité de Saint-Louis, où le sang qui s'écoulait des organes génitaux pendant la contraction utérine était

très rutilant et où les pariétaux des deux fœtus présentaient des arêtes tranchantes par suite d'un degré de macération très accentué.

Nous nous résumerons en disant, que si, dans certains cas, constituant d'ailleurs la minorité, l'hémorrhagie peut dépendre d'une cause générale (albuminurie ; hémophilie), il faudra l'attribuer le plus souvent à une anomalie dans le mécanisme de la délivrance, et en particulier à un défaut de décollement placentaire et de rétraction de l'utérus, ces deux causes étant d'ailleurs étroitement unies et s'enchaînant l'une l'autre.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Nous n'avons que peu de choses à dire, touchant le diagnostic, le pronostic et le traitement des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.

Diagnostic. — Le diagnostic positif est des plus faciles.

L'hémorrhagie a été à la fois interne et externe dans tous les cas que nous avons observés et l'apparition d'un écoulement sanguin hors des organes génitaux, accompagné parfois de phénomènes généraux caractéristiques : pâleur, lypothymie, rapidité extrême du pouls, suffit pour attirer l'attention de l'accoucheur.

Le diagnostic de l'origine de l'hémorrhagie réside tout entier dans la constatation de l'état du globe utérin.

Dans les hémorrhagies, provenant du corps de l'utérus et dues à un défaut de rétraction de l'organe (inertie), le globe de sûreté de Pinard fait défaut. Au lieu de cette tumeur dure, globuleuse et résistante,

constituée par l'utérus bien rétracté, on trouvera, en déprimant la paroi abdominale, dans la région hypogastrique, une masse pâteuse, mollasse, qui se délimite malaisément et occupe toujours une large surface. Au toucher, le tissu utérin sera mou, dépressible et sans aucune contraction.

La constatation de cette mollesse et de cette flaccidité spéciale de la paroi, est suffisamment caractéristique.

Les hémorrhagies liées à un état général constitutionnel, diathésique ou pathologique seront soupçonnées par l'étude des antécédents héréditaires ou personnels de la parturiente, par la connaissance des anamnestiques (présence de l'albumine dans les urines, signes de cardiopathie), et corroborée par la constatation, au palper, dans l'hypogastre, du globe utérin dur et arrondi, indice de la rétraction normale de l'organe.

Enfin, si l'on soupçonne l'existence probable d'une déchirure, d'une éraillure du col, et nous avons admis la possibilité de cette hypothèse, on sera averti de la source de l'hémorrhagie, par le caractère spécial de rutilance du sang, par l'apparition de l'écoulement sanguin pendant le travail et surtout par le toucher qui renseignera sur le siège et l'étendue de la déchirure. Pendant et après la délivrance, le globe de sûreté sera encore présent.

En définitive, on s'arrêtera le plus souvent, en pra-

tique, au diagnostic d'hémorrhagie liée à un défaut de rétraction de l'utérus, que cette inertie soit totale, l'expulsion du délivre hors des organes génitaux étant accomplie, ou partielle et résultant d'une anomalie dans le décollement de la masse placentaire.

Pronostic. — Le pronostic de ces hémorrhagies n'a pas la gravité ordinaire, qui s'attache, en général, aux hémorrhagies observées pendant ou après la période de délivrance. Soit que la plupart des vaisseaux utéro-placentaires se trouvent oblitérés du fait de l'interruption des échanges nutritifs entre la mère et l'enfant, soit que la circulation dans les parois de l'organe gestateur et même dans l'économie de la mère soit moins active, l'apport sanguin n'ayant plus les mêmes raisons de se faire avec autant d'intensité que lorsque le fœtus est vivant, l'écoulement sanguin, dans ces cas, est le plus souvent peu intense et ne met pas directement en danger les jours de la mère. Il est bien entendu, que l'hémorrhagie physiologique, compagne habituelle de la délivrance normale, et qui peut s'observer dans le cas d'expulsion de fœtus macérés, ne comporte pas par elle-même de pronostic sérieux.

Ce n'est donc qu'exceptionnellement, que l'on pourra assister à l'apparition de phénomènes généraux, tels que syncope, pâleur, lypothymie, pouls faible et rapide. Dans nos observations nous n'avons constaté que 8 fois leur présence. Encore n'ont-ils eu, en somme, que peu de retentissement sur l'économie de

la parturiente, sauf un état plus ou moins prononcé d'anémie consécutive. Mais jamais la mort de la femme ne s'en est suivie.

Exceptionnellement aussi, l'écoulement sanguin se fera remarquer par sa persistance et sa longue durée.

Nous pouvons dire, en somme, que le pronostic des hémorrhagies dans les cas d'expulsion de fœtus macérés est exempt de gravité.

Traitement. — Le traitement ne diffère en rien, de celui qu'on met d'habitude en pratique dans des cas semblables. Vu le peu de gravité, habituel, de l'écoulement sanguin, on aura rarement recours aux moyens que l'on recommande d'employer lorsque l'hémorrhagie, par son abondance et les phénomènes syncopaux qui l'accompagnent, menace directement la vie de la parturiente: injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée à 7 pour 1000, compression de l'aorte, application de bandes de caoutchouc sur les membres inférieurs, inhalations d'oxygène, etc., etc.

Lorsque le placenta a été expulsé, l'hémorrhagie cédera le plus souvent à quelques irrigations d'eau bouillie et chaudes (45°), pratiquées dans l'intérieur de la cavité utérine, ou à un tamponnement intra-utérin serré, avec des mèches de gaze iodoformée.

La conduite à tenir en pareille circonstance est étroitement liée, d'ailleurs, au diagnostic de la cause de l'hémorrhagie. Nous ne parlons que pour mémoire du cas hypothétique, où la source de l'hémorrhagie rési-

derait dans une éraillure du col utérin, hémorrhagie qui serait combattue et arrêtée par un tamponnement cervico-utérin à la gaze iodoformée, au besoin, par la suture de la plaie. Il faudra bien se rappeler, que, dans la majorité des cas, l'écoulement sanguin a son origine dans un défaut de décollement du placenta ou à un défaut de rétraction de l'utérus.

Dans tous les cas, l'indication est formelle : Pour peu que l'hémorrhagie devienne menaçante, il faut pratiquer sur le charap, la délivrance artificielle, vider l'utérus.

Le vagin sera minutieusement lavé, au préalable, ainsi que la vulve, avec une solution antiseptique de sublimé ou de biiodure de mercure.

L'opérateur se lavera, avec un égal soin, les mains, les avant-bras et même la partie inférieure des bras.

Puis, la femme restant dans le décubitus ordinaire, ou placée dans la situation obstétricale, on fera pénétrer rapidement la main droite dans l'utérus, tandis que la main gauche en maintiendra le fond.

Si le placenta est incomplètement décollé, on se hâte de le séparer de l'utérus et de l'entraîner au dehors avec les caillots qui auraient pu s'accumuler dans la cavité utérine.

Si le placenta est entièrement libre, on l'entraîne tout de suite. Pendant ce temps, la main gauche frictionne énergiquement et masse en quelque sorte l'utérus, à travers la paroi abdominale.

La présence de la main dans l'utérus, l'achèvement du décollement du placenta et l'extraction du délivre et des caillots, suffisent le plus souvent à réveiller les contractions utérines, à faire sortir l'utérus de son état de torpeur et à arrêter ainsi l'hémorrhagie.

Si l'on soupçonne que quelques caillots sont demeurés dans l'utérus, il ne faudra pas hésiter à réintroduire la main, pour aller à la recherche de ces caillots et stimuler de nouveau la face interne de l'organe.

Pendant ce temps l'accoucheur administrera lui-même une injection intra-utérine avec 10 à 15 litres d'eau bouillie, à 48° et, l'opération terminée, il introduira dans le col une mèche de gaze iodoformée pour réveiller encore les contractions de l'utérus.

Tel est, en quelques mots, la pratique à mettre en œuvre, pour combattre les hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés. C'est, du reste, la conduite qui a été tenue dans toutes nos observations, où l'écoulement sanguin a pu présenter quelque caractère de gravité.

CONCLUSIONS

Il est généralement admis que l'expulsion des fœtus morts et macérés, ne s'accompagne habituellement que d'un écoulement sanguin insignifiant, et que l'hémorrhagie de la délivrance est nulle.

Il résulte de nos recherches portant sur 1,002 cas d'expulsions de fœtus macérés :

1° Que dans 4,7 pour 100 des cas, l'écoulement sanguin au moment de la délivrance, égale ou dépasse la moyenne physiologique.

2° Que dans 1,4 pour 100 des cas, l'hémorrhagie a été assez abondante pour nécessiter la délivrance artificielle.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAILLY. — Dict. Jaccoud. Art. Fœtus. T. XV. 1872.
- C. BAUDELLOCQUE. — Traité des Hémorrhagies internes de l'utérus (cour. par la Soc. de Méd. de Paris). Paris, 1831, in-8.
- BLOT. — De l'Albuminurie chez les femmes enceintes. Th. Paris, 1849.
- MAD. BOIVIN. — Mémorial de l'art des accouchements. Paris, 1812.
- BRION. — Etude critique sur 530 cas d'avortements. Th. Paris, 1892.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale et gynécologique. In-8. Paris, 1881-1889.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (Edit. annotée par Tarnier). Paris, 1883.
- CHANTREUIL. — Hémorrhagies utérines et placentaires liées à l'albuminurie. France médicale, Mai 1879.

CHARPENTIER. — Traité d'accouchements. 2 vol.
In-8. 1890.

Compte-rendus du Congrès d'Amsterdam. Ré-
tention du fœtus in utero. T. I. 1882.

DAUDÉ. — Sort des enfants morts dans la matrice.
Montpellier Médical, 1881.

DENMAN. — Introduction à la pratique des accou-
chements. Trad. Kluyskens. Paris, 1802.

DUGÈS. — Man. d'obstétrique. Montpellier, 1840.

W. EDEN. — Communication à la Société obsté-
tricale de Londres (Séance du 4 novembre
1896). Altérations du placenta consécutives
à la mort du fœtus dans l'utérus,

FAUCONNIER. — Fièvre et métrorrhagies dans les
accouchements syphilitiques. Th. Paris, 1886.

FOURNIER. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1881.

GENESTEIX. — Traitement des avortements. Th.
Paris, 1886.

HOURLIER. — Mort du fœtus dans les derniers
mois de la grossesse, avant le travail. Th.
Paris, 1889.

JACQUEMIER. — Dict. encyclopédique des Sciences
médicales. Art. Avortement. T. VII.

MAD. LACHAPELLE. — Pratique des Accouche-
ments. Paris, 1821.

LAMOTHE. — Traité des Accouchements naturels et non naturels. Paris, 1715.

LEMPEREUR. — Altération du fœtus après sa mort dans la cavité utérine. Th. Paris, 1867.

LEROUX. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur les moyens de les guérir. Paris, 1776-1810.

LEVRET. — Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements labo-rieux. Paris, 1747-1770.

LIEBMAN (Carl). — Beitrag zur Frage von der Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutter.

Beitrag zur Geburtsh. und Gynæk. Bd. III, Fasc. I, 1874.

MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1694-1738.

MERCIER. — Rapports de la puerpéralité et de la syphilis. Th. Paris, 1886.

NÆGELÉ et GROENSER. — Traité pratique d'accouchements. Trad. Aubenas. 1869.

OUMET. — Hémorrhagies dans les cas de placenta prævia, lorsque le fœtus est mort et macéré.

Union médicale du Canada. N° 6. 1896.

PACAUD. — Conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort, Th. Paris, 1887.

PINARD. — Dict. encycl. des Sciences Médicales. Article Fœtus. T. II. 4^e série. 1878.

PINARD et VARNIER. — Etudes d'anatomie obstétricale et atlas.

PLOUVIER. — Phénomènes et signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Th. Paris, 1852.

PORAK. — Influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. Th. agrég. Paris, 1880.

PRIESTLEY. — Pathology of the intra-uterine death. Brit. med. Journal, 1887.

REIMONENQ. — Influence de la syphilis sur la grossesse. Th. Bordeaux, 1885.

Revue médicale de la Suisse romande. T. VIII, Juin 1888.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. 2^{me} édition. Paris, 1896.

RUGE. — Ueber den Fœtussanguinolentus. Zeitschrift für Geb. und Gynœk. T. I, 1877.

SCHRÖDER. — Manuel d'accouchements. Trad. Charpentier, 1875.

SENTEX. — Altérations subies par le fœtus après

- sa mort dans la cavité utérine. **Mémoire.**
Paris, 1868.
- TARNIER et BUDIN. — **Traité d'accouchements.**
Paris, 1886.
- UMINSKY. — **Avortements sanglants et non sanglants.** Thèse Paris, 1883.
- VALENTIN. — **De la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré.** Th. Paris, 1889.
- VELPEAU. — **Traité de l'art obstétrical.** Paris, 1835.
- WALLICH. — **Leçons sur les avortements syphilitiques.** Gazette hebd. de Médecine et de Chirurgie, octobre 1893.
-

Vu par le Président de la Thèse,

PINARD

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
DIVISION DU SUJET	9
CHAPITRE I. — Opinions des Auteurs	10
CHAPITRE II. — Degré de fréquence des hémor- morrhagies	24
ORSEVATIONS	33
CHAPITRE III. — Etiologie. Mécanisme	78
CHAPITRE IV. — Diagnostic, Pronostic, Traite- ment	94
CONCLUSIONS	100
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	101

